

اغلاط الجراح^{هوني} حسن وحوادث الجراحة

وضعه

المكتور محمد عبد الحميد بك

مدير مستشفى الملك وكبير جراحيه
مدير مستشفى عباس وكبير جراحيه سابقا
والطبيب الاول بمستشفى قلوب وبها سابقا

يطلب من ملتزم طبعه ونشره

بفتح تزيين

صاحبة طبعة المجارف ومكتبتها بمصر

ثمان النسخة خمسون قرشاً صاعاً

١٣٤٢ هـ — ١٩٢٤

منطبعة المجارف بشارع القحاط بمصر

اغلاط الجراح حسين وحوادث الجراحة

وضعه

المكتور محمد عبد الحميد بك

مدير مستشفى الملك وكبير جراحيه
مدير مستشفى عباس وكبير جراحيه سابقا
والطبيب الاول بمستشفى قلوب وبها سابقا

يطلب من ملتزم طبعه ونشره

بنجي مبري

صاحبه مطبعة المعارف ومكتبتها بمصر

ثمان النسخة خمسون قرشاً صاعاً

١٣٤٢ هـ - ١٩٢٤ م

مطبعة المعارف بشانق ايجاله مصر

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مقدمة

تشرفت ، وأنا بالمؤتمر الجراحي الدولي ، بلندن ، ذات العويم^(١) بكثير من صفوة الجراحين . فأرشدني أحدهم ، وكنا نتجاذب أطراف الحديث ، في شئون جراحية إلى كتاب « أغلاط الجراحة وحوادثها^(٢) » تأليف المستر هارولد باروز^(٣) . فبادرت الى شرائه ، ومطالعتي ، ولشد ما دهشت إذ وجدته قريب المشابهة بكتاب كنت على وشك الفراغ منه ، واعداده للطبع والنشر باسم « صحائف جراح » . لكنني وجدت ، والحق يقال ، أن الكتاب الانجليزي أوسع دائرة ، وأغزر مادة ، وأوفى شرحاً ، وأقرب كلاً ، وأكثر اشراقاً من صحائفي . فتركت كتابي جانباً ، واعتزمت نقل الكتاب الانكليزي إلى اللغة العربية . ولقد فعات والحمد لله . ولست أدري أكان من أغلاطي أني لم أكن أميناً في النقل ؛ لأنني تصرفت في الترجمة ، حذفاً وزيادة ؛ فأما الحذف فقليل جداً لا يكاد يذكر ، وأما الزيادة فكثيرة ؛ لأنني قد أضفت إليه ، في مواضع مختلفة ، نفعاً ، وأغلاطاً ، وشذرات من صحائفي ، مما يتمشى ، وخطة الكتاب ، فلم يتغير بها منحي ، أو شكلاً ، أو غرضاً ، أو تنسيقاً . وهل من أغلاطي أني تصرفت في الاسم فجعلته « أغلاط الجراحين وحوادث الجراحة » ؟

لقد كان المرحوم الدكتور دري باشا يقول للطلبة ما معناه : يحسن بالجراح أن يأخذ معه حصاة بولية ، وهو ذاهب لاجراء عملية الحصى ليظهرها لدوى المريض إذا شق

(١) يقولون جئت ذات العويم مصغراً أى السنة الماضية .

Mistakes and Accidents of Surgery. (٢)

Mr. Harold Burrows. (٣)

على الحصة فلم يجدها ، مواراة لغاطه في التشخيص . أفمن يتبع هذا الرأي أهدي أم من يتبع القائل : « من أخطأ خطأ واحداً فأخفاه فكأنه أخطأ خطأين » ؟

قد يروعك ، أيها المريض ، وأنت ذاهب إلى جراحك لاستشارته ، أن تعلم أن للجراحين أغلاطاً ، وللعجراحة حوادث ؛ فلا تحف ولا تحزن ، فكفى الجراحين شرفاً ونبلاً أن تعد أغلاطهم ، وكفى الجراحة تقدماً وارثاء أن تحصر حوادثها . وحسبك أيها المريض ، من الجراح ، أن يعنى بك العناية كلها فيفحص عن مرضك فحصاً كاملاً دقيقاً ، بالوسائل العصرية ، مستعيناً بزملائه من المتوفرين ^(١) على الفروع الطبية المختلفة إذا تبهم المرض عليه وكان غامضاً ، ولعل قصارى ما ترجوه ، من جراحك ، إن اقتضى مرضك عملية جراحية ، أن يتوكل على الله ويعمها مستكماً كل الشروط الضرورية لأجرائها لكيلا ينأى ^(٢) بها عن فنه ، فإن أتمها على خير ما يرام بذل أقصى ما في وسعه للسير بك حيثاً إلى أن يمن الله عليك بالشفاء .

شارع القاضي الفاضل بمصر

الدكتور
محمد عبد الحميد

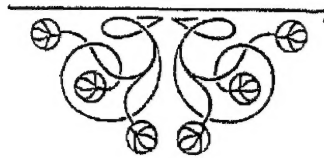
٥ ابريل سنة ١٩٢٤

(١) المتوفر على الشيء المنصرف إليه بكل جهته وهو بمعنى الاختصاص (٢) يبعد

— مواد الكتاب —

صفحة	
١	الفصل الأول : إصابات الرأس
٩	الفصل الثانى : الغدد الدرقية فى العنق
١٩	الفصل الثالث : الجواتر
٢٤	الفصل الرابع : الشق القصى
٢٨	الفصل الخامس : سرطان اللسان
٣٣	الفصل السادس : أورام الغدد اللعابية
٣٧	الفصل السابع : اللوزتان والأورام الحلقية الأنفية الغدية
٤٢	الفصل الثامن : الانسكاب البلورى
٥٥	الفصل التاسع : سرطان الثدي
٥٨	الفصل العاشر : التشخيص فى مرض البطن الحاد
٦٩	الفصل الحادى عشر : الآفات البطنية
٧٢	الفصل الثانى عشر : فتح البطن
٧٨	الفصل الثالث عشر : التهاب الزائدة الدودية
٩٩	الفصل الرابع عشر : الاحتباس المعوى
١١١	الفصل الخامس عشر : عمليات المعدة
١١٩	الفصل السادس عشر : الانغداد المعوى فى الأطفال
١٢٤	الفصل السابع عشر : الفتق
١٤٣	الفصل الثامن عشر : إصابات الكبد والقنوات الصفراوية
١٥١	الفصل التاسع عشر : الطحال
١٥٦	الفصل العشرون : الكلية والحالب

- ١٦٨ الفصل الحادى والعشرون : المثانة البولية، وغدة البروستاتة و مجرى البول، والقضيب
- ١٨٥ الفصل الثانى والعشرون : أعضاء التناسل فى الأنثى
- ٢٠٤ الفصل الثالث والعشرون : المستقيم
- ٢١٢ الفصل الرابع والعشرون : البتر
- ٢٢٢ الفصل الخامس والعشرون : الكسور
- ٢٤٥ الفصل السادس والعشرون : التشوهات
- ٢٥٣ الفصل السابع والعشرون : الالتهاب المفصلى
- ٢٦٥ الفصل الثامن والعشرون : الدوالى والقيلة المائية وأورام الخصية
- ٢٧٤ الفصل التاسع والعشرون : الأوعية الدموية
- ١٩٠ الفصل الثلاثون : آفات العمود الشوكى وأمراضه
- ٢٩٢ الفصل الحادى والثلاثون : العدوى الجراحية
- ٢٩٦ الفصل الثانى والثلاثون : المرض الخبيث
- ٣٠٣ الفصل الثالث والثلاثون : التخدير
- ٣١٩ الفصل الرابع والثلاثون : حوادث غرفة العمليات
- ٣٥٢ الفصل الخامس والثلاثون : نظرة عامة فى منابع الأغلاط الجراحية وأسبابها



أخبار الطب الحديث

وحوادث البحارة

الفصل الأول

اصابات الرأس

قال ابقراط منذ نحو ألفي سنة إنه ليس في اصابات الرأس ما يدعى بالتافه الصغير الذى تهمل العناية به . ولا يزال قوله المأثور صحيحاً إلى اليوم ، ولكن القوم قد لا يعتمدون في سلوكهم العملى على هذا الأساس المتين الذى وضعه أبو الطب . فكم من مرة سمعنا قولهم إن فلاناً أصيب بارتجاج دماغى خفيف وأنه سيتماثل من اصابته فى يوم أو يومين ولكن النتيجة كانت بخلاف ذلك

سقط رجل من جواده فأصيب بجرح رضى مصحوب بنزع خفيف فى الجهة من الجهة اليسرى أعلى الحافة فوق الحجاج . وكان قد تناول قليلاً من الوسكى والصودا فهاج وكثر كلامه وخرج عن حالته الاعتيادية . فلما رآه طبيبه قال : « يحسن أن يستريح قليلاً و إنه سيكون بخير » وظهر سريعاً أن الطبيب كان متفائلاً فى تشخيصه واندازه ؛ لأن الجريح لبث هائجاً غريباً فى عادته زمنًا طويلاً . هذا الى أن عينه اليسرى فقدت بصرها فقداً تاماً بسبب ضمور فى العصب البصرى الأيسر

والحقيقة أن الإصابة المخية الشديدة لا توضحها دائماً علامات محسوسة بينة : مما يجعل الطبيب حذراً في شدة التفاؤل . ولقد قامت ضجة كبيرة منذ بضع سنين في صفوف لندن بشأن أحوال السكر والموت . فقد تكررت الحوادث التي يأخذ فيها الشرطي الأشخاص المصابين إلى أحد المستشفيات فيظن الجراح المقيم بالمستشفى أنهم في حالة سكر فيرفض قبولهم أو يهمل العناية بهم . وقد حدث أن بعضهم مات في سجن الشرطة ، وبعضهم مات في جهات أخرى . وقد اتضح من تشريح الجثث أن سبب الوفاة إصابات مخية وبعضها كان مصحوباً بكسر في قاعدة الجمجمة . ولعل أحد أسباب هذه الحوادث المؤلمة خلل المستشفيات من غرف خاصة للملاحظة مثل هؤلاء السكران لأنه لا يحسن حجزهم في غرف المرضى لما يحدثونه من العريضة التي كثيراً ما تتلاقى راحة الآخرين . وربما كان السبب الثاني عدم معرفة الجراح المقيم بالمستشفى أن أعراض الإصابة المخية الفجائية سواء أكانت من عارض أم من مرض قد تلبس بأعراض السم الغولي

وحتم على الطبيب في مثل هذه الأحوال أن يجعل شكك متجهاً لمصاحبة المريض و ينتظر ما يظهره المستقبل حتى ولو لم يكن هناك تاريخ بإصابة مخية أو علامات تدل عليها . وبذلك يمكن اتقاء الحوادث المؤلمة

ومما يقنضى الآفات التام هو إطالة الراحة العقلية والبدنية للمصابين في علاج الأحوال التي نال المخ فيها شيء ؛ فلا يسمح للمصاب بإصابة مخية حديثة مصحوبة بكسر في الجمجمة أن يترك الفراش ، ويستأنف عمله لما ينشأ عن ذلك من العواقب الوخيمة جداً للمريض وطيبه .

وربما نشأ الخطأ في مثل هذه الأحوال من أن كتب الجراحة تفيض في موضوع كسر الجمجمة وتسهب فيه اسمها بما يجعل الانسان يتوهم أنه أشد تأثيراً في المصاب من آفة المخ . هذا إلى أن الكسر له علامة بارزة قريبة الإدراك بالبصر ، فيصرف الجراح جهده في البحث عن كسر الجمجمة فإذا لم يجده فقد ينغاضي أو يتناسى ما عسى أن يكون قد عرض للمخ من التلف

إن من الضروري مشاهدة الكسر اذا وجد . ولا بأس بعمل صورة بأشعة رنتجن

متى تيسر ذلك بغير ضرر المريض . فهذه الصورة ترشدنا إلى العارض ، وشدته ، وموضعه ، وطبيعته . هذا إلى أنها كثيراً ما تساعد في ضبط المريض وأقاربه وتصون الجراح لأن العامة كثيراً ما ينسبون إليه الإهمال المعيب لعدم تشخيصه كسراً في الجمجمة بوسيلة من وسائل التشخيص المعروفة عندهم

وقد يصاب المخ برض شديد أو تمزق عظيم يستدعى علاجاً طويلاً وعناية عظيمة وإنذاراً دقيقاً بغير أن تصاب الجمجمة بكسر

ويكون الجزع على آفات الجمجمة من سببين عظيمين ؛ فأما أولهما وهو تلف المخ واصابته فقد وفينا الكلام فيه . وأما السبب الثاني فهو احتمال التلوث والعدوى خلال تفرق الاتصال في الأغشية التي تغطي المخ . ومثل هذا التلوث قد يحدث عن طريق ظاهر كما هي الحال في الكسر المضاعف في قبوة الجمجمة ؛ وقد يكون الطريق أقل وضوحاً كما هي الحال في الكسور الصدعية التي تكون في الأذن المتوسطة أو في خلال الجيوب الجبهية أو الوتدية أو سقف الأنف

أما الأغلاط التي قد تقع في أثناء العلاج فالكلام فيها يكون تحت (١) كسور قاعدة الجمجمة المصحوبة بتمزق في غشاء الطبلة ، (٢) والكسور المضاعفة في قبوة الجمجمة فإذا كسر العظم الصخري وتمزق غشاء الطبلة فالطريق للعدوى يكون واضحاً ، وذلك خلال الأذن الظاهرة ، فالتمزق الذي في غشاء الطبلة ، فالأذن المتوسطة ، فالصدع الذي في العظم الصخري إلى تجويف الجمجمة . ولعل أول ما يخطر ببال الجراح أن يحاول العلاج بتطهير قناة الأذن الظاهرة ، بتنظيفها مما عسى أن يكون قد علق فيها من الجلط الدموية ثم غسلها بالمحقة بالمطهرات . ولقد دلت التجارب أن مثل هذا العمل شديد الخطر لأنه يدفع إلى العدوى غير واثق منها . وأشد ما يكون الخطر إذا استعملت ماء الأكسجين في الغسل بالمحقة . فامتنك القناسة الظاهرة وشأنها غير متحرّش بها أو متعرض لها . وربما كان التواني وعدم المبادرة إلى الاهتمام بالقناة الظاهرة خيراً ما يعمل أما الكسور المضاعفة لقبوة الجمجمة فالكلام فيها على نوعين . فالنوع الأول يتضمن الكسر البسيط الذي يتحول إلى كسر مضاعف بالعملية ؛ وهو النوع غير الملوّث . والنوع الثاني يتضمن الكسر المضاعف أي النوع الملوّث

كثيراً ما نرى ، أوان عملية رفع الشظايا في الكسر المنخفض البسيط ، الأم الجافة وقد برزت في فتحة التربة ، هذا إذا كانت الأم الجافة سليمة . ووقتئذ قد يدفعنا الفضول الى شق الأم الجافة بقصد تخفيف الضغط . وما احراك بتركها من غير شق . إن بروز الأم الجافة ليس مما يقتضى الشق ، لكنه مما يقتضى البزل المتطلى . أو ليس من الخطأ أن تشق الأم الجافة لتصفية المسافة العنكبوتية ؟ واليك مثالا من التاريخ الطبي :

«فتحت الأم الجافة ، واستفرغ مقدار من الدم من أسفلها ، ووضع دسام خلال فتحتها . ولم يحدث بعد ذلك نزف . وانه وان تكن النتيجة المباشرة حسنة ، إلا أن الطفل قد مات . وغالباً كان موته من خروج السائل المحي الشوكي الذي كان غزيراً ومستمراً» أما الكسور المضاعفة لقبوة الجمجمة فلا بد لعلاجها من معرفة الأعراض الأولية من عملنا ، وهي تنحصر في التخلص من عفونة الجرح بالاستئصال إن أمكن ، ثم سده سداً محكماً لاتقاء ما يخشى أن يدخل خلاله من الميكروبات . فان لم يتيسر سد الجرح سداً كاملاً بسبب مساحته فلتعمل شرائح لتغطية الثغرة التي تكون في العظم وتنحية السطح المتعري عنها بقدر الإمكان .

وكيفما كانت الظروف فليتحرز الجراح من فتح الأم الجافة . فالأم الجافة السليمة مما يحسن الإنذار في الكسر المضاعف في الجمجمة

ولا تحسبن أيها الجراح ، أن سلامة الطبقة الظاهرة من الجمجمة تقتضى سلامة الطبقة الباطنة منها . وحقيق بك أن تعرف ما هو معروف من أن الطبقة الباطنة قد تنكسر وينخفض منها جزء دون أن تنكسر الطبقة الظاهرة . والأشعة شأنها العظيم في توضيح هذه الكسور .

ولعل هناك شيئاً من الصعوبة فيما يجب أن يتبع من العلاج للأعراض الناشئة عن إصابة المخ بما يسمى صدى العنف أو رجعه^(١) فلنحسب أن زيداً - ولطالما تضارب زيد وعمره في الأزهر الشريف وكتبه - قد ناله عنف في ناحية من رأسه ، فظهرت عنده أعراض تشير الى تلف أو ضرر في المخ في الناحية الأخرى . فبل ذلك مما يدعو الجراح الى اجراء عملية التربة ؟ وفي أى موضع تعمل ؟

(١) صدى العنف أو رجعه هو ما يسمى بالانكليزية . Contre Coup.

تعمل التربة ، فى مثل هذه الأحوال ، ارادة رفع شظية منخفضة ، أو ربط وعاء نازف ، أو استخراج الجلط الدموية من الأغشية المخية السحائية . ولا يحتمل أن يكون شئ من كل أولئك فى المخ حيث صدى العنف أو رجعه . وأما ما يمكن أن يوجد غالباً فى المخ فى مكان رجع العنف فهى إصابات فى جوهر المخ نفسه يصحبها كثيراً رخاوة موضعية فيه مع أنزفة قشرية صغيرة أو بغيرها . وقاما تجدى التربة فى هذا الموضع .

التربة

ليس من الحكمة ، وأنت ترفع الشرائح للكشف عن العظم الذى تريد تربنته ، ان تناسى ما يمكن أن تقطعه من الانسجة ولتسمح لى ، أيها الجراح ، أن ألفتك الى أمر بسيط ، وليشفع لى فى تحذيرك منه ، شيوعه بين الجراحين . ذلك هو الشق الذى تقضى الكتب الجراحية بعمله لازالة الضغط أسفل القسم الصدغى أو لتعرية الشريان السحائى المتوسط اذ توصى بعمله بحيث يكون تحديه الى الأعلى ، مبتدئاً من التواء الزاوى الظاهر لعظم الجبهة ، ومنتهياً فى العظم الوجنى أمام الأذن ، أو فى التواء الحامى خلفها . فلا اعتراض على هذا الشق وجيه . لأنه يقتضى قطع الأعصاب التى تغذى العضلة الجبهية والعضلة المحيطة الجفنية . وهذا مما يفضى الى شلل هاتين العضلتين شللاً ينشأ عنه تشوه عظيم مكروه . ولاتقاء هذا الخطر لا بد أن يبتدىء الشق أعلى التواء الزاوى الظاهر لعظم الجبهة بنحو قيراط وخلفه بنحو نصف قيراط

والصفاق الصدغى حاجز متين نافع يحول دون وصول الأذى اذا كان فى العظم الذى أسفله ثغرة . ويلزم أن تحكم خياطة حافات هذا الصفاق قبل خياطة الانسجة السطحية محافظة على وظيفته النافعة . وعليك أن تذكر هذه الضرورة ، فى أثناء عملك الشق الأولى ، فيقطع الصفاق على بعد نصف قيراط من موضع ادغامه فى البروز الصدغى العلوى ، وبذلك تتكوّن عندك شريحة تسهل لك خياطة الصفاق

وفى استعمال آلة التربة احتياطات لا بد منها . فان كان هناك عظم سائب فى موضع

الترينة ، كما هي الحال في كسر الجمجمة ، فلتعتمد الى آلة صغيرة واضعاً ايها على العظم الشديد بالقرب من حافة الكسر . أما وضع الآلة على الشظية السائبة وضعاً جزئياً أو كلياً فغاطة ظاهرة لا تحتاج الى شيء من التعليق

ولتستعمل الآلة برفق فلا يضغط بها ضغطاً شديداً غير ضرورى . وكانت الآلات فيما سلف ، اسطوانية ، تعرض المخ للخطر العظيم اذا انزلت في أثناء الاستعمال في تجويف الجمجمة . أما الآن فهي مخروطية الشكل تنحى عن هذا الخطر . وتعلم أن آلة الترينة كالمشار عملاً ، وكلاهما لا يحتاج الى ضغط شديد أثناء استعمالهما

وقد ينسى الجراح غير الخبير أو الجراح الخبير اذا كان يعمل وهو تعب مثلاً ، أن يرفع مسمار الآلة فتحدث اثقاباً عارضياً في الأم الجافة . وتعلم أن هناك آلات كثيرة مسمارها طويل طولاً يجعله يخترق الأم الجافة قبل أن تفرغ الحافة الحادة للآلة من قطع العظم إلا أن تكون الترينة حيث يكون العظم غليظاً جداً . وقد شاهد بعضهم جرحاً في الوريد السحائى المتوسط من مسمار آلة الترينة .

وعلى الجراح أن يستقصى حالة العظم بالمسبار ، من وقت إلى آخر ، في أثناء عمل الترينة ، ليرى هل تم قطع العظم في أى جزء من دائرة القطع ، للمحافظة على الأم الجافة والمخ .

ويميل البعض إلى رفع الدائرة العظمية ، ولما يتم انفصالها باستعمال الرافعة أو آلة الترينة على نحو ما تستعمل المخل أو العتلة^(١) وفي هذا ضرر عظيم لأنك تكسر ، الطبقة الباطنة من العظم التى لما تقطع تماماً ، كسراً غير منتظم يكون فيه أسنان عظمية حادة تحتاج الى وقت وعناء لتخلص منها

وإذا أردت عمل شريحة عظمية فلتكن خافات القطع منحرفة بدلاً من أن تكون على زاوية قائمة مع سطح العظم ، حتى اذا ما ردت الشريحة لا يكون هناك خطر من انخسافها . ويفضل هارفى كشنج^(٢) استعمال ترينة اليد ومنشار جلى عن المثقاب الكهربي حينما يريد عمل شريحة عظمية . والوجه في ذلك ما شاهدته دفعتين بالمشار الدائرى

(١) المخل آلة مستطيلة من حديد ونحوه تقلع بها الحجارة (٢) Harvey Cushing.

للاستاذ دوين^(١) ودفعه بنشار كريل^(٢) اذ قطع العظم والام الجافة صبرة^(٣) . وذلك لأن مرشد الآلة السريعة اتخذ طريقة الى الغشاء الملتصق لا فاصلاً اياه عن الجمجمة . وهو يحسب هذه الحادثة عظيمة الشأن . ولذلك يتمسك بالآلة القديمة البطيئة معتقداً أنها أقل خطراً وأكثر سلامة

ومما يحدث من المصاعب النزف من تمزق الجيب المستطيل في اثناء التربة وانها لحادثة عظيمة اذ يخرج الدم غزيراً فيربك الجراح ويفقده ثباته فيعمد الى وسيلة غير مرضية بحشوه بقطعة من الدسام وتركها فيه حتى يحدث التخثر . وهي وسيلة يجب أن يتحاشاها الجراح ولا يلجأ اليها مطلقاً لأن الأوردة القشرية العليا تصب في هذا الجيب الذي يلزم اتقاء سده سداً كاملاً . والرأى وقف النزف وقتياً بالضغط على جدر الجيب في مقدم الفتحة وخلفها بالحشو بالدسام ، والعمل على خياطة الفتحة بالكاتجت الدقيق فان لم يفلح الجراح في ذلك فليستمر في عمله ثم يضع شريحة فروة الرأس في موضعها . وقبل وضع الغرز الأخيرة يستخرج الدسام الضاغط ويعمل ضغط خفيف على فروة الرأس في موضع الفتحة العظمية مدة وضع الغرز الأخيرة ور بطها ثم يكفي بعد ذلك الضغط الخفيف لمنع انسكاب الدم تحت الجلد ، ويبقى الأمل عظيماً في عدم انسداد الجيب

ويحسن أن أشير ، ههنا ، الى غلطة غريبة قد يغلطها الطبيب المعالج في اثناء تدبير المصاب بأفة مخيئة . وانضرب لذلك مثلاً صبيّاً سقط من ارتفاع فاصيب بارتجاج في المخ فوضعه ذوو قرباه على السرير وأمرهم طبيبه بأن يلازم سريره وأن يخلو^(٤) على اللبث والمرق . وبعد زمن قصير كانت تبدو عليه فيه علامات التحسن عاد . وقد أخذه القىء ودب اليه النعاس ، وصارت حالته تشتد تدرجاً . ولعل أول ما يخطر ببال طبيبه أن

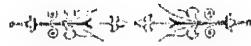
(١) Doyen.

(٢) Crile.

(٣) اى دفعة واحدة

(٤) يقال خلا على بعض الطعام اذا اقتصر عليه

الاصابة الحية لا بد أن تكون أعظم مما حسبت . ولا يبعد أن يشير الطبيب على ذويه باستشارة بعض الجراحين . فاذا ما حضروا أسقط في أيديهم متحيرين ؛ لعدم وجود اعراض تعين موضع الاصابة . وقد ينصح بعضهم بعمل بزل قطنى فلا يستفيدون منه شيئاً . فاذا ما أعتيمهم الحيل فقد يتامس أحدهم الحقيقة بالفحص عن بوله فيجدون مقداراً عظيماً من حامض الدياستيك والاسيتون . وبذلك يهتدون فيصفون المواد الكربوهيدراتية غذاء فيتمثل الصبى من عائلته بعد أن كادت تنقطع به أسباب الحياة . وكذلك تطوى صحيفة كل صبى طراً عليه هذا الطارىء ان لم يوفق الطبيب لاختبار البول ويكون الطى سريعاً اذ أعطى المصاب مخدراً لعمل البزل القطنى أو لسبب آخر لأن للمخدرات تأثيراً سيئاً فى الأطفال المصابين بحموضة الدم وليس الخطر من هذه الغلظة وهمياً فكثيراً ما حسبت حموضة الدم انها آفة دماغية نتيجة الاصابة



الفصل الثاني

الغدد الدرنية في العنق

يؤكدون لى أن استئصال الغدد الدرنية من العنق عملية يجب أن يكون كل طبيب عام قادراً على عملها . على أن هذه العملية ليست سهلة حتى فى أيدي الخبراء . لأن الغدد المصابة تجاوز أنسجة عظيمة الشأن لا يمكن اتقاء الاعتداء عليها الا بمعرفة التشريح معرفة دقيقة وبمباراة جراحية عظيمة

هنالك اغراض ثلاثة يجب على الجراح أن يضعها نصب عينيه وهى :

(١) أن تكون أثره الالتحام غير ظاهرة وغير مشوهة

(٢) وأن يستأصل الجراح كلما يستطيع استئصاله

(٣) وأن يتقى اصابة الأنسجة عظيمة الشأن

فأما الشق الذى لا يتخلف عنه الا أثره التحام صغيرة بسيطة فهو الذى يوازى العضون الطبيعية فى العنق ، أى هو الشق الذى يكون منحنيًا وابتدىء من نقطة تكون أسفل النتوء الحامى وخلفه مباشرة ويمتد الى الأسفل والامام نحو الغضروف الدرقي بهذا الشق يمكن غالبًا تنظيف المثلث الأنسى من العنق والجزء العلوى من المثلث الوحشى مما يكون فيهما من الغدد ؛ على أنه قد يصعب أو يتعذر استئصال الغدد التى تكون فى أعلى القسم النكفى بهذا الشق . وتستأصل الغدد فى الجزء السفلى من المثلث الوحشى بشق آخر يصح أن يعمل منحنيًا وموازياً للشق الأول أو مستقيمًا وعلى الحافة الخلفية للعضلة القصية الترقوية

ويفضل البعض شقًا على الحافة الأنسية للعضلة القصية الترقوية للكشف عن الغدد التى فى المثلث الأنسى ، وشقًا على الحافة الخلفية للكشف عن غدد المثلث الوحشى ؛ لأن الجراح لا يصادف الصعوبة التى قد يلاقىها فى استئصال الغدد فى الجزء العلوى من القسم النكفى ؛ وربما كان هذان الشقان للأحوال الاعتيادية أفضل

نرى كثيراً أثر التحام بعد استئصال الغدد العنقية كبيرة ناتئة ولو لم يحدث تقيح عقب العملية . ولا ريب في أنها قبيحة تمتعض منها الناظر . وهي دليل سوء الجراحة . ولعل سببها في بعض الأحوال ترك الجراح خياطة حافات الصفاق السطحي والغائر خياطة محكمة . وعلى ذلك يجب أن يخيط الجراح الصفاق الغائر ثم الصفاق السطحي بالكاتجت الدقيق خياطة دقيقة قبل اقفال الجرح . ولتعلم أن خياطة الصفاقين على نحو ما ذكرنا ضرورية جداً ضرورة خياطة الجلد إذا أراد الجراح الحصول على أثر التحام حسنة . أما حافات الجلد فيحسن ضمها بالمشابك أو خياطتها بخيط دقيق ببرة دقيقة ، ويلزم رفع المشابك أو الخيط في اليوم الخامس بعد العملية

أما طول الشق فوضع كلام . فقد يرى قليل الخبرة جعل الشق قصيراً جداً لكي تكون أثره الالتحام صغيرة وكان يكون هذا حسناً لو لم تزدد العملية صعوبة وطولاً وخطراً . وخير للمريض أن يكون الشق طويلاً لكي يعمل الجراح عمله وهو متيقن مما يعمل . فالجراح العاقل هو الذي لا يعمل بمشرطه في عنق مريضه إلا وهو يرى تماماً ماذا يعمل به . لأن الوخز بالمشرط في زاوية مظلمة من الجرح هو الخطر بعينه . فقد رأيت جراحاً اعتدى في أثناء عملية في طفل صغير على الوريد الودجي الباطن ، ولم يستطع ضبطه بالجفت ؛ رغم ما بذله من المجهود الضائع ؛ فخشا الجرح بالدمام ولم يجد الطفل فتيلاً

والخطوة الثانية من العملية عقب شق الجلد والصفاق السطحي والغائر هي تحديد العلامات التي سيسترشد بها لمعرفة موضع الأنسجة المهمة التي يجب اتقاؤها . واكبر علامة هي العضلة القصية الترقوية نفسها فالغمد السباتي فالعضلة ذات البطنين . وبعد تعيين هذه الأنسجة يسهل العمل التشريحي

وإليك ما يمكن أن يقع فيه الجراح من الأغلاط في أثناء العملية :

العصب الشوكي الإضافي

قد يختفي هذا العصب في الغدد الدرقية ، وقد يصعب ، ولا سيما في المثلث الوحشي ، اتقاؤه . ولذلك يحسن الكشف عن هذا العصب قبل البدء في تشريح الغدد . فهو عقب

اجتيازه النتوء المستعرض للحامل ، يخترق السطح الغائر العضلة القصية الترقوية وذلك أسفل النتوء الحامى بنحو قيراطين فى الشاب ثم يبرز عند منتصف الحافة الخلفية للعضلة القصية الترقوية . ولتعلم أن الشريان الدرقي العلوى يرسل فرعاً الى العضلة القصية الترقوية الحامية . ويصحب هذا الفرع وريد . وكلاهما يتجه الى العضلة ويكون على العصب دليلاً . ويمكن أن نستعين على معرفة موضع بروز العصب الشوكى من بطن العضلة القصية الترقوية بخروج الأعصاب العنقية السطحية من الحافة الخلفية لهذه العضلة . وهذه الأعصاب سهل رؤيتها . ويرى العصب الشوكى أعلى نقطة اختراق هذه الأعصاب الصفاق الغائر بنحو نصف قيراط

عصب العضلة المربعة الذقنية أو العضلة الخافضة للشفة السفلى

يحدث الشلل كثيراً فى العضلة المربعة الذقنية عقب عملية استئصال الغدد الدرقية فى العنق وقام يحدث هذا الشلل لو عملت العملية بالشقوق التى ذكرت . على ان هذه الشقوق قد لا توافق بعض الأحوال ولذلك يلزم معرفة العصب الذى يغذى العضلة . يتفرع عصب هذه العضلة من العصب الشدقي السفلى المتفرع من العصب الوجهى ويلتقى بالعصب الشدقي العلوى . ويخترق العصب الشدقي السفلى الصفاق العنقى خلف زاوية الفك مباشرة ويرسل الفريع التغمى فى محاذاة العظم اللامى . وهذا الفريع يصعد الى الوجه قريباً من الموضع الذى يعبر فيه الشريان الوجهى الفك السفلى

العصب الرئوى المعدى

ليس هناك خطر على هذا العصب لكنه قد يحدث لأن العلاقة الطبيعية بين أنسجة العنق قد تتغير بمرض الغدد المفاوية . ووقتئذ قد يتقدم الوريد الودجى الى الأمام فيظهر العصب الرئوى المعدى فى الميدان فى أثناء تشريح الغدد الغائرة . قد قيل أن قطع أحد العصبين لا يحدث خطراً على الحياة ولا ينشأ عنه أى عرض نحيف . وهذا خطأ لأن شلل العصب الخنجري الراجع مضاعفة خطيرة . هذا إلى أن من المحتمل حدوث تنبيه مباشر فى الألياف المانعة من العصب الرئوى المعدى مما يحدث الوفاة تواتراً

العصب الوجهى

قد تمتد ضخامة الغدد الى الأعلى فى القسم الفكى فتكون قريبة من جذع العصب وهو يجاور الثقب الأبرى الحامى . والعصب فى هذا الموضع قريب من أحد الأوردة الصدغية الوجهية . وهذه الأوردة قريبة المثال فى اثناء العملية ومن الجائز عند ضبطها بالجلفت امساك العصب به فى الوقت نفسه

العصب السيمباثوى العنقى

قد يصاب هذا العصب اثناء هذه العمليات واعراض الاصابة هى الجحوظ ، وارتخاء الجفن العلوى الذى يمكن قبضه اختيارياً الى أقصى ما يمكن ، وانقباض الحدقة انقباضاً نسبياً ، مع بقائها متأثرة بالضوء ، وانخفاض التوتر فى المقلة ، وعدم تمدد الحدقة بعد وضع قطرة الكوكائين فى العين . ولكن هذا الخطر بعيد لبعيد العصب السيمباثوى ووضعه خلف الشريان السباتى

العصب الحاجزى أو الحجابى

يجب أن يكون بعيداً عن الخطر لكن بعضهم ذكر أنه قد يصاب فى اثناء العملية

الجروح الشريانية

رأى بعضهم حالة حدثت فيها الوفاة من اصابة الشريان ومن الحق أن تقول ان ذلك كان فى حالة غدد خبيثة ، ولكن ليس ما يمنع حدوثها فى عملية استئصال الغدد الدرقية . وقد قطع الشريان الدرقى العلوى بالقرب من منشئه من الشريان السباتى الظاهر وربط العصب . وفى اليوم التالى حدث نزف ثانوى مميت . وربما كان من الحكمة فى هذه الحالة ربط الشريان السباتى الظاهر

الأوردة

لعل النزف الوريدي اكبر متاعب هذه العمليات ، فان الأوردة كثيرة إن لم يحافظ الجراح في أثناء العملية على جفاف الجرح ويتأكد من الأنسجة التي يقطعها فمن الصعب امساك الوريد النازف . هذا الى أن من السهل ، وهو يحاول امساكه ، أن يتلف أنسجة أخرى . والوريدان الجديران بالعناية والاحترام هما الودجي الباطن ، والوجهي . والوجهي معرض للوخز بالقرب من مصبه في الودجي الباطن . ولذلك يحسن تعيين هذين الوريدين في الدور الأول من العملية حتى اذا ما نالهما الجراح بمشرطه وهو يستأصل الغدد أمكنه بسهولة ضبطهما . ولتعيين الودجي الباطن يلزم تخليص العضلة ذات البطنين وتبعيدها الى الأعلى وقاما يضطر الجراح الى استئصال جزء من الودجي بسبب التصاقه بالغدد . وكثيراً ما يتيسر استئصال الغدد ، بدون اصابته ، بالشریح الدقيق . وأغلب ما يحدث اصابة الفروع بالقرب من اتصالها بالأصل ووقتئذ لا بد من العناية في أثناء ربط الفرع . وكذلك تكون العناية ضرورية اذا حدثت فتحة في الودجي لأنك اذا ربطت الفرع أو الفتحة ربطاً جانبياً ووقفت النزف في أثناء التخدير عرضت المريض لخطر انزلاق الربطة أثناء الإحتقان الوريدي الذي يحدث من التقيء الاعتيادي بعد العمليات من التخدير . وقد رأى بعضهم ذلك مرتين ، ولذلك ينصح باقفال الفتحة في الوريد بخياطة مستمرة بالكاتجت الدقيق بآلة دقيقة . وبعد اقفال الفتحة بهذه الطريقة تعمل خياطة ثانوية فوق الأولى بضم حافات الغمد الوعائي أو بضم حافات الأنسجة الصفاقية المجاورة . فاذا كانت الفتحة التي في الوريد كبيرة يحسن ربطه أعلى الفتحة وأسفلها

السدة الهوائية

هي من الحوادث النادرة . ولا تشاهد الا من جرح عارض في وريد كبير في أسفل العنق ، اذ يدخل الهواء فيه مع الشهيق ويكون لدخوله صوت صفيرى مميز . وما لم يمنع دخول الهواء تحدث الزرقة في الجسم فالوفاة . والعلاج هو وضع الأصبع بسرعة على الفتحة التي حدثت في الوريد . وأهم ما يجب معرفته هي :

أولاً - إن السدة الهوائية لا تحدث إلا من جروح في الأوردة الكبيرة التي في أسفل العنق

وثانياً - إن الهواء لا يدخل في الوريد طالما كان سير الدم الوريدى مستمرا من الطرف الدائرى . وهذا مما يستلزم ترك الوريد أعلى الفتحة وعدم محاولة وقف النزف بضغط الوريد أو امساكه بالجفت ؛ لأن ذلك مما يعوق الدورة الوريدية في الوريد ويسهل دخول الهواء . والذي يعمل هو اقفال الفتحة في الوريد بوضع الأصبع كما ذكرنا ثم ضبط الوعاء من الجهة القابضة . وبعد ضبط الوعاء من هذه الجهة يضبط من الجهة الدائرية

البلورا

قد يفتح التجويف البلوروى في أسفل العنق ، وقاما يحدث ضرر عن ذلك . على أن البعض شاهد وفاة عقب هذه المضاعفة . وإذا فتح التجويف البلوروى سمع للهواء صوت صفيرى اثناء الشهيق والزفير . وقد ينسب هذا الصوت الصفيرى الى دخول الهواء في الوريد بعد جرحه على نحو ما ذكر في السدة الهوائية

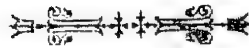
القناة الصدرية - اذا نال الجراح هذه القناة فظهر السائل اللبى فعليه ربط الطرف المقطوع اذا أمكن العثور عليه . فاذا لم يتيسر ذلك يحسن اقفال الجرح اقفالاً تاماً ووضع ضغط عليه أعلى الترقوة . وإياك أن تضع أنبوبة تصفية (درنة) في الجرح لأنك ان فعلت ذلك رأيت المريض وقد أخذه هزال سريع . فاذا لم تتضح هذه الاصابة في اثناء العملية ، وعرفت بعد ذلك بخروج الكيلوس من الجرح فعلى الجراح اقفال الجرح اقفالاً تاماً أو حشوه حشواً جيداً

ملاحظات عامة

على الجراح أن يحافظ في اثناء العملية على جفاف الجرح لكي يتحقق مما يعمل بمشراطه . ومن الضرورى استئصال الغدد جملة واحدة بغير تمزيقها أو قطعها مخافة تلوث الجرح والأنسجة المجاورة ، وان يكون الاستئصال كاملاً

ومن الغلط الشائع البدء فى تشريح الغدد واستئصالها قبل الكشف عن الأنسجة العظيمة الشأن التى يجب احترامها. ولا بأس من التشريح الكال إلا إذا أفرط فيه الجراح وأخذ يستأصل الغدد بجذب الأنسجة وشدها مما قد يفضى الى تمزق وعاء حيث لا يسهل ضبطه . ولا بد من الحذر اثناء قطع الأنسجة المشدودة لأن الأوردة الكبيرة قد لا تظهر فيها وهى على شكل شريط أو حبل مشدود

وعلى الجراح أن يفهم أن واجبه لا ينتهى بإتمام العملية والتحام الجرح ، فعليه أن يذكر أن المريض قد يكون مصاباً بالتدرن فى أى موضع آخر من الجسم كالرئتين مثلاً فلا يكتفى بمراقبة هذه المضاعفات ، بل من الواجب أن يرشد مريضه الى ما يحتاج اليه من الوسائل الصحية الوقائية ، وأن ينصحه باستشارة طبيب متوفر على الأمراض الباطنية ، وطبيب متوفر على أمراض الحلق الفحص عن بلعومه وحلقه ولوزتيه . ويعتمد بعض الجراحين أن عملية استئصال الغدد الدرقية لا تكون كاملة إلا إذا استؤصلت اللوزتان سواء أكانتا مريضتين أم سليمتين



الفصل الثالث

الجواتر

ليس من الحكمة استئصال الجواتر لا لسبب سوى وجود الجواتر . ويلزم أن يتردد الجراح قبل التدخل الجراحي ما لم تكن هناك أعراض ضغط معينة . ومن الحق أن تعمل العملية لغرض التأنيق . ويشاهد كثيراً الجواتر في الصغيرات من النساء اللاتي لا يصبرن عليه ، ويطلبن من الجراح استئصاله لإزالة التشوه . وعلى الجراح ، في مثل هذه الأحوال أن يتريث ، ويبدى لهن أن العملية قد لا تخلو من الخطر ، وأنها تقتضى أثره التحام غير صغيرة ، وأنه لا يمكن أن يستأصل الورم استئصالاً كاملاً . ولقد شاهدت حالة فتاة غاية في الجمال عملت لها العملية لإزالة التشوه الناشئ عن الجواتر باستئصاله . وبعد نحو ثمانية عشر شهراً كان لا يزال عندها ناسور في موضع العملية . وقد شاهدت قريباً ، أيضاً ، فتاة أخرى عملت لها عملية استئصال الجواتر لإزالة التشوه . وكانت أثره الالتحام صغيرة تكاد تكون غير واضحة ؛ لكنها لم ترض بالنتيجة لأنها كانت تلاحظ - ما يلاحظه قليل من الناس بغير معرفة التشريح - وهو ورم خفيف في الناحية اليسرى من العنق ناشئ عن الجزء المتروك بالضرورة من الفص الأيسر من الغدة الدرقية فمن العدل والصواب التردد في استئصال الغدة الدرقية لا لسبب سوى التشوه والتنجي عن العملية فلا يعملها إلا مكرهاً

الجواتر الجحوظي

ان من الخطأ عمل العملية في أحوال مرض جراف لأنها تكون خطيرة ؛ هذا الى أن المرض كثيراً ما يزول بغير تدخل الجراح . ولا ينطبق هذا الكلام على الأحوال التي فيها ضخامة في الغدة الدرقية يصحبها سرعة في النبض متوسطة بغير جحوظ ، أو ارتعاش ، أو خفقان ؛ وهي أعراض مرض جراف القياسى . أما في الأحوال الأخرى فلا تكون سرعة النبض دلالة مانعة نهائية وإن تكن مما يقتضى التردد في التوصية بعمل العملية وكلما زادت سرعة النبض وجب أن يزيد التردد

وربما صورت الصحف الجراحية خطر العملية في مرض جراف تصويراً خطأ . ولا ريب أن الخطر في أيدي الجراح المتوسط الخبرة والمهارة أعظم مما يتضح من مطالعة الإحصاءات التي عملت بنجاح

الجواتر تحت القص

لا بد من استئصال الجواتر الذي يكون أدنى من قمة القص ، والذي ينمو الى أسفل من برزخ الغدة ليتخذ مكانه تحت القص ، وان لم تظهر علامات الضغط أو ان الفحص . والذي يدعو الى الإسراع في استئصال هذا الشكل هو ما يمكن أن يحدثه كبر الحجم من نزف أو خلافة ، من عسر التنفس الشديد الذي قد يفضي أحياناً الى الوفاة بسبب ضيق المكان الذي فيه الورم

وليس النزف في الجواتر أو في الكيس الجواتري بنادر . وهناك بضع أحوال حدث فيها الموت الفجائي من الاختناق بهذا السبب . فقد ذكر بعضهم حالة مريض توفي على عتبة باب المستشفى في لندن من عسر تنفس بهذه المضاعفة ، كما ذكر حالة أخرى أسعفت بعملية وكانت سبباً في خلاص المريض من الاختناق بنزف فجائي في جواتر تحت القص

ومنذ بضع سنين كان يمشي رجل في حديقة رجنت^(١) فشاهد وهو يقبض على سياج الطريق وقد عسر تنفسه . ومات من الاختناق ، وبشرى جثته وجد جواتر صغير تحت القص . ولم يكن هناك ضمور في غضاريف القصبة الهوائية ، ولا نزف في الجواتر . ولا شك عندي أن هذه حالة ورم درقي في العنق قد زاع لسبب ما تحت القص فحدث الوفاة اختناقاً

أما الأحوال التي تظهر فيها أعراض الضغط فلا بد من العملية فيها بغير إبطاء ما لم تكن هناك دلالة مانعة . والصيرير^(٢) أوضح الأعراض ويحدث غالباً عن زيف القصبة الهوائية الى الجانب أو عن انخسافها . وإذا لم يمنع الضغط صارت غضاريف القصبة الهوائية رقيقة لينة من التآكل وكلما طالت مدة الضغط زاد تلف القصبة . هذا الى أن

المريض يكون معرضاً للموت الفجائي من الاختناق وكما أسلفنا قليل من الانسكاب الدموي في الورم الدرقي قد يحدث عسراً في التنفس مميتاً ولا سيما باسترخاء العضاريف من طول الضغط

ويعرف بعضهم حالة جواتر تحت القص أحدثت أعراضاً حسبت خطأ أنها ربو ؛ كان المريض رجلاً كبيراً في السن عالج طبيبه لعسر في التنفس بضعة أشهر وهو يعتقد أن مرضه ربو . وذات يوم وهو خارج بيته أشد عليه عسر التنفس وصار على وشك الاختناق ، فدعى الجراح ونصح له بعمل العملية ، واستؤصل الجواتر ولم يعاود المريض عسر التنفس بعد العملية

ويذكر بعضهم حالة غلام في الخامسة عشرة من عمره يشكو عسراً في التنفس اعتراه تدريجاً وظهر من العملية ما حسبه الجراح نقصاً في نمو القصبة الهوائية لأنها لم تسع إلا أصغر أنبوية قصبية . ولم يكف الشق القسبي الذي عمل لمرور الهواء فازداد عسر التنفس وازدادت الزرقة (السيانوز) . ومات الغلام بعد حين

وقد اتضح من تشريح جثته أن القصبة الهوائية كانت مضغوطة من جانبيها ضغطاً متناسباً من ضخامة متناسبة في فصى الغدة الدرقية . وما حسبه الجراح قصبة هوائية غير كاملة النمو لم تكن إلا ثنية من القصبة المضغوطة . ولم يكشف الورم الدرقي إلا بعد الوفاة .

مهايات الجواتر

بزل الأكياس الدرقية

إن بزل الكيس الدرقي سواء أكان لغرض التشخيص أم للعلاج بالحقن عملية خطيرة لأنها قد تحدث نزفاً ، لا يمكن اتقاؤه بأى عناية من الجراح . والنزف إما أن يحدث من وخز الضفيرة الوريدية التى على سطح الغدة الدرقية وإما أن يكون من داخل الكيس عقب استخراج مشموله الغروي ، وهذا النزف قد يحدث عسراً في

التنفس أو تجمعاً دموياً منتشرًا في العنق . ويؤكد جيمس برى^(١) وهو من أكبر الثقات في جراحة الغدة الدرقية في إنجلترا أنه رأى مرضى تعرضت حياتهم للخطر وبعضهم فقد الحياة من هذا البزل

الاستئصال

تتلخص عملية الاستئصال في استئصال أحد الفصين والبرزخ وبعض الفص الآخر فلا تستأصل الغدة كلها ، ولا بد من ترك قطعة لتقوم بوظيفة الغدة ولعل أفضل شق للعملية ما كان منحنيًا وموازيًا للحافة السفلى من الغدة وأسفل منها قليلًا . ومن الضروري تخطيط هذا الشق جيدًا لكيلا يصادف الجراح في أثناء العمل صعوبة من عدم رؤية الأنسجة جيدًا والغلظتان الشائعتان هما :

أولاً ؛ جعل الشق عاليًا في العنق فلا يتيسر الوصول الى الأوردة الدرقية السفلى والمسافة التي خلف القص ؛ وهي من أهم مناطق الخطر في العملية ثانيًا ؛ جعل الشق مستعرضًا فلا يتيسر الكشف عن الجزء العلوى من الغدة . ويلزم أن ينحني الشق الى الأعلى من جهته الخلفية بغير مراعاة ما عسى أن ينشأ عن ذلك من عدم اختفاء أثر الالتحام وبعد قطع الجلد والصفاق السطحي مع العضلة الجلدية يحسن نزع هذه الأنسجة من الصفاق الغائر في مساحة الغدة . ثم يقطع الصفاق الغائر والعضلات الدقيقة التي أسفل العظم اللامي قطعًا مستعرضًا ، وتبعد الى أعلى للكشف عن الفص الجانبي والبرزخ من الغدة

وعلى الجراح ألا يحاول قبل ذلك البدء في نزع الغدة من الأنسجة الملتصقة بها ؛ وهي مسألة قلما تلاحظ

زيادة إفراز الغدة الدرقية

من الخطر الذى يعقب عملية الاستئصال غير الكلى الغدة الدرقية السم بزيادة إفراز الغدة الدرقية . إن سرعة النبض ، وسائر أعراض هذه المضاعفة ، كثيراً ما تطرأ عقب عملية استئصال الجواتر الجحوظى . ولتعلم أن السم بزيادة إفراز الغدة الدرقية قد يحدث بدرجة شديدة ومميتة أحياناً عقب عملية استئصال الجواتر الجوهرى البسيط . وهناك ، لحسن الحظ ، وسائل تقلل هذه المضاعفة ، وقد تمنعها ، وهى :

(١) الرفق بالغدة فى أثناء استئصالها اتقاء تمزيقها ورضها . ويوصى بعضهم بضغط البرزخ والفص الجانبي لمنع النزف قبل قطعهما . وهو عمل غير ضرورى بل خطر ؛ والأحسن قطعهما بمشرط حاد

(٢) تصفية الجرح عقب العملية بأنبوبة تصفية (درنة) . وهى وسيلة عظيمة الشأن لتصفية ما عساه ينسكب من المادة الغروية من السطح المقطوع للجزء المتروك من الغدة ، وأحياناً يكون مقدار المادة الغروية المنسكبة غزيراً . هذا الى أن أنبوبة التصفية تسهل خروج الدم المنسكب فلا يتجمع ، ويضغط الأنبوبة القصبية المرتخية ، ويحدث عسراً فى التنفس قد يكون خطراً مميتاً .

أما التصفية بالدمام فغير وافية بالغرض وخطرة . ولا يفي الدمام بالغرض لأنه لا يسهل خروج السائل ، ويكون خطراً لأنك قد تجذب باستخراجه ربطة وعاء ، فتحدث نزفاً . ويندكر بعضهم مريضين حدث فيهما نزف شديد باستخراج الدم من الجرح مما اقتضى فتح الجرح لضبط الوعاء النازف

(٣) حقن المريض بمقادير كبيرة من محلول ملح الطعام حقناً شرجياً ، أو تحت الجلد ، أوفى الوريد .

(٤) استعمال المخدر الموضعى بدلاً من المخدر العام . ولعل اختيار المخدر أقل شأناً من سائر الوسائل التى سلفت ؛ والذى دعانا الى ذكره هو اهتمام كثير من المؤلفين بالمخدر الموضعى واعتقادهم بأنه أقل خطراً

التشنج

هو مضاعفة أخرى نادرة قد تؤدي الى الوفاة وتنسب الى ازالة جزء كبير من المنسوج الغدى . رأيت مريضة حدثت وفاتها بعد بضعة أيام . وكانت المريضة فتاة استؤصل من عنقها فص . وبرزخ لتحسين منظرها . وقد استدرجت بعد هذه العملية جراحاً لاستئصال الفص الآخر لإزالة التفاوت بين الناحيتين^(١) ، وما علمت أن فى ذلك حتفها لأنها ماتت . وقد شاهدت هذا التشنج فى مريضين بعد انتهاء العملية وقبل أن ينقل المريضان من غرفة العمليات الى سريرهما ولم يمكث طويلاً ولم يتكرر

النزف

ينطبق كل ما قيل فى فصل الغدد الدرقية فى العنق على عملية استئصال الغدة الدرقية . وعلى الجراح أن يعمل العملية فى ضوء جيد ، وأن يتأكد من الأنسجة التى يشرحها وأن يحافظ على جفاف الجرح . وليس من العبث ذكر ربط الفتحات فى الأوردة ربطاً جانبياً ، وكذلك ربط الفروع بالقرب من اتصالها بالوريد الكبير . فان ربط الجراح شيئاً من ذلك فلينبه المريض ليتعرف الجراح متانة الربط بالمجهود الذى يعمل به المريض قبل خياطة الجرح . وهذه الطريقة قد يرى الجراح ما عسى أن يكون تراكب من الأوردة الصغيرة بغير ربط . ويقول جيمس برى أن النزف الوريدى عقب العملية هو الخطر الأكبر فى عملية الغدة الدرقية

ويجب على الجراح أن يعتنى بنوع خاص بالأوردة الدرقية السفلى . فان فتح وريد بالمصادفة قبل ربطه فقد يتقلص خلف القص حيث يصعب العثور عليه .

إصابة الأعصاب

إن العصب الحنجري الراجع هو أهم الأعصاب وأكثرها تعرضاً للخطر ؛ ولتعلم أنه يمر فى العنق بين فروع الشريان الدرقي السفلى ؛ ومن المستحسن الكشف عن العصب

وانقاؤه ولا سيما في أثناء وضع الجفوت على فروع الشريان أو رباطها . وخير ما يعمل لهذا الغرض هو ربط الأفرع المختلفة من الشريان الدرقي السفلى في أثناء قطعها . بالقرب من وصولها الى الغدة

جرح القصبة الهوائية والحنجرة

قد ثقب الغشاء الحلقى الدرقي ثقباً عارضياً أعقبته الوفاة . ولا يقل عن هذه المضاعفة خطر ثقب القصبة نفسها

ومن عواقب هاتين المضاعفتين تلوث الجرح والمضاعفات الرئوية . وقد يحدث عسر التنفس ، في أثناء العملية ، وذلك في الأحوال المزمنة التي تكون القصبة الهوائية فيها معوجة لينية . ولعلاج هذا العسر يكفي تغيير وضع رأس المريض وعنقه ، فإن لم يكف ذلك فمن المحقق تحسين التنفس بشق الصفاق الغائر . فإن بقي العسر يلزم شق برزخ الغدة

ويلزم خياطة الصفاق الغائر والعضلة الجلدية على نحو ما ذكرنا في استئصال الغدد الدرنية من العنق ، وذلك للحصول على اثره التحام حسنة .

وإياك أن تنسى خياطة أطراف العضلة القصية اللامية والقصية الدرنية

نقف الغدة

تفضل عملية النقف^(١) في أحوال الكيس الدرقي والأدينوم الدرقي . وينطبق على هذه العملية كل ما قيل في عملية الاستئصال غير الكلى . وأهم شيء في هذه العملية هو تعرف غلاف الكيس أو الأدينوم ، والسير وهذا الغلاف في أثناء النقف لتقليل النزف . ومخالفة هذه القاعدة مما يكثر النزف وتمزق الغدة

وفي الأحوال التي يتمدد فيها الكيس فيتمدد معه المنسوج الدرقي حتى يصير غشاء نصف شفاف قد يقطعه الجراح وهو يقطع الغلاف فنزول حدود الكيس أو الأدينوم . ولاتقاء هذا الخطأ يحسن ألا يعمل الشق حيث يقرب الورم الى الظاهر بل

يعمل فى منسوج الغدة الطبعى بعيداً قليلاً ثم يغور الجراح بالشق تدريجاً حتى يتضح الغلاف اللامع

الأكياس الدرقية اللسانية

لا بد من العناية ، فى أثناء استئصال الأكياس الدرقية اللسانية ، بتشريح الأكياس ، واستطالاتها ؛ من القناة الدرقية اللسانية من الأعلى والأسفل . وتمر القناة الى الأعلى خلف العظم اللامى أو خلاله ؛ وهى فى هذا الموضع تقتضى تشريحاً دقيقاً للكشف عنها . وبسبب صعوبة التخلص من هذه القناة ، وهى منشأ الأكياس ، كثيراً ما تعود الاكياس بعد استئصالها .



الفصل الرابع

الشق القصي

قد يدعى الطبيب العام لعمل الشق القصي لتخليص المريض من الموت اختناقاً وهي عملية، ما أسهلها، لو كان الطبيب هادئاً رزيناً في عمله. ولتعلم أن السرعة هي أول حجر يعثر فيه الجراح، وإن الشخص السليم يموت اختناقاً في زمن بين عشر دقائق وعشرين، وإن التنفس الصناعي كثيراً ما يعيد الحياة للغرقى الذين مكثوا في الماء هذا الزمن، وإن القلب لا تنقطع ضرباته بعد الشق إلا بعد حين. وهذا كله مما يدعو الجراح الى عمل الشق في أحوال الضيق الحنجري بكل تأن. صحيح أن الحالة تستدعي العجلة، لكنها كثيراً ما تستدعي الندامة. إن العملية إذا عملت بتأن وترولاً تأخذ إلا بضع ثوان، وكما حاولت الإسراع للتوفير من هذا الزمن دفعت ثمنه غالباً، ولو كان قلب المريض ضعيفاً من كبر السن أو تأثير المرض. فعلى الجراح أن يعمل كل شق بثبات ورزانة، وألا يعمل إلا لغرض معين.

قد فحست حنجرة مريض مات اختناقاً. وكانت قد عملت له عملية الشق القصي بغير فائدة. أتدرى لماذا؟ لأن الجراح شق الحنجرة والقصبه الهوائية سبعة شقوق. لقد كان الجراح عجولاً لدرجة أنه عمل ستة شقوق كانت كلها سطحية ولم تفتح القصبه لدخول الهواء إلا بالشق السابع. فهل وفر هذا الجراح شيئاً من الوقت بعجلته؟

ويلزم الجراح اتقاء للصعوبات أن يلاحظ ما يأتي: يوجه وجه المريض الى الأمام، ويبسط العنق، ويثبت الرأس تثبيتاً عمودياً، ويعمل الشق الكافي بثبات في الخط المتوسط للعنق، وتبعد العضلات الخافضة للحنجرة، ويشق برزخ الغدة الدرقية. وقتئذ تظهر القصبه الهوائية، ولتربط الأوعية النازفة، إن سمح الوقت. ثم يثبت الغضروف الحلقى بتشبك حاد يوضع في منتصف حافته السفلى. ثم تفتح القصبه بطعنة واحدة بالشرط متجهاً حده الى الأعلى، تقطع حلقتين أو ثلاثاً من عليا حلقات القصبه في الخط

المتوسط تماماً . و يلزم وضع المبعد الحنجري قبل استخراج المشرط أو المشبك الذى ثبت الغضروف الحلقى . ثم توضع أنبوبة الشق القصبي عقب السعال الأولى الذى يحدث عادة بعد فتح القصبة

وإليك بعض الصعوبات التى قد تعترض الجراح وبعض الأغلاط الشائعة :
قد يعمل الشق الجلدى قصيراً فيطول زمن العملية لعدم وضوح الأنسجة تماماً . هذا الى أن قصر الشق قد يحدث امفرزاً جراحياً ، اذ يخرج الهواء فى الزفير فلا يجد له منفذاً سهلاً بسبب صغر الجرح . وقد يعمل الشق فى غير الخط المتوسط ، ووقتئذ لا تطمئن الأنبوبة فى موضعها . وشق برزخ الغدة الدرقية أمر ليس الجراحون فيه على رأى . فمن كان رأيه الشق أحتج بأنك اذا تركت البرزخ بغير شق واستخرجت الأنبوبة لسبب ما وأردت أن تعيدها فقد لا تستطيع اعادتها لأن البرزخ يسد الفتحة التى فى القصبة . ويقول بعضهم انه رأى ضحايا كثيرة نتيجة المحافظة على سلامة البرزخ . على ان شق البرزخ الكبير بدون ربط الأوعية النازفة قد لا يحدث عنه نزف غزير . فخير للمريض شقه لكيلا يضيع الجراح وقتاً طويلاً فى تبعيده لاحدى الناحيتين وقد يحدث الجواتر صعوبة فى الشق القصبي بتحويل القصبة عن مكانها أو ببروزه فى الجرح لا بسبب النزف

ويستحسن ربط الأوعية النازفة قبل فتح القصبة ان سمح الوقت . فان لم يسمح الوقت لا يحترم النزف ولا يعنى به لأنه أكثر ما يكون وردياً يزول بزوال الاحتقان بسهولة التنفس عقب فتح القصبة . وقليل من الضغط بقطع من الشاش يكفى لجفاف الجرح . وليست هذه القاعدة مطردة فقد يكون عدم احترامك النزف سبباً لسيلان الدم فى الأنبوبة فنغص به مما يحدث سعالاً دموياً يعوق التنفس . وقتئذ يلزم استبدال أنبوبة من المطاط بأنبوبة المعدن لكيلا يكون هواء الشهيق ملوثاً بالدم . ثم تضبط الأوعية النازفة وتربط

ويذكر بعضهم صعوبة عدم الاهتداء الى القصبة نفسها ، وأكثر ما يحدث ذلك فى أحوال الجواتر وفى الأطفال . فاما فى الجواتر فالسبب زيغاتها ، وأما فى الأطفال فالسبب أغلاط الجراحين (٤)

أكثر ما يكون من عدم وضع الرأس والعنق وضعا عموديا فانك ان لاحظت الوضع جيدا لا تفضل حتى عن قصبة الطفل وهي صغيرة لينة

وفي التاريخ الطبي حوادث وضعت فيها الأنبوبة بجانب القصبة الهوائية أو أمامها أو في المريء . ولعل السبب في بعض هذه الحوادث عدم خبرة الجراح الذي يضل الفتحة بعد شق القصبة أو لا يستطيع وضع الأنبوبة فيها لأن الفتحة التي عملت فيها تكون أصغر من أن تدخل الأنبوبة . ولاتقاء هذه الصعوبات يجب اسالك الغضروف الحاقى بالمشبك الحاد ووضع الممدد القصبي قبل استخراج المشراط من القصبة وإياك أن تشق الغضروف الحاقى ولا سيما في الأطفال ؛ لأنه وُجد أن المريض اذا شق غضروفه الحاقى فقاما يرجع تنفسه الى الحالة الطبيعية في المستقبل وقاما يستطيع الاستغناء عن الأنبوبة بسرعة .

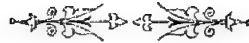
هل أدلك أيها الجراح على احتياطات كثيرة ما تناسيته في عملك الشق القصبي لعسر التنفس الانسدادي الفجائي الذي لم يكن فيه سبب الانسداد ظاهرا ، تفحص عن البلعوم ولسان المزمار بالأصبع قبل عمل الشق ، فكثيرا ما يمكنك أن تستأصل سبب الانسداد بطريق الفم مستغنيا عن الشق القصبي

يعمل الشق القصبي أحيانا لانسداد أو ضيق في التنفس أسفل الحنجرة كما هي الحال في بعض أحوال الجواتر . وفي مثل هذه الأحوال تكون أنبوبة الشق القصبي الاعتيادية أقصر من أن تحسن التنفس ، وللتغلب على هذه الصعوبة لا بد من استعمال آلة خاصة أو أنبوبة من المطاط تتعدى مكان الضيق

وقد كانت أنبوبة المسماع سببا في خلاص مريض في اسعاف حالة بهذا الشكل . وأعرف حادثة فقد المريض فيها حياته لعدم إدراك الجراح أن الانسداد أو الضيق أسفل الشق . وفي بعض كتب الجراحة حوادث أخرى من هذا النوع

أما الملاحظات بشأن أنابيب الشق القصبي فهي : لا بد أن تكون الأنبوبة لينة ، أو أن يكون ، على الأقل رداؤها متصلا بها بحيث لا تتحرك الأنبوبة بحركات الرداء ولتعلم أن قساوة الأنابيب وردائها مما يضر باطن القصبة الهوائية . ويجب تثبيت

الأنبوبة بشرائط يمرُّ بأذنيها ويلف حول العنق ويعقد خلفه لكيلا يقذفها المريض بسعاله أو يخرجها بيديه إذا كان خائفاً أو متهيِّجاً. والواجب ألا يترك المريض الذى عملت له عملية الشق القصبى بغير ممرض أو ممرضة ؛ لأن الأنبوبة قد تسد بفشاء كما فى أحوال الدفتيريا فيعسر التنفس . وذلك مما يقتضى استخراج الأنبوبة الباطنة ، فإن لم يجد ذلك ترفع الأنبوبة الظاهرة . ويوضع الممدد القصبى فى الجرح لفتح الشق الذى فى القصبة الهوائية أو ان تنظيف الأنبوبة ، ولتسهيل إدخالها بعد ذلك ومن المتاعب الخطرة الشائعة بعد هذه العملية إبقاء الأنبوبة فى الجرح أكثر مما يلزم لأن ذلك مما يعطل رجوع التنفس الى حالته الأصلية ، ومما يجعل المريض قلقاً لعدم استطاعته الاستغناء عن الأنبوبة . والمعتاد فى أحوال الشق القصبى المؤقت رفع الأنبوبة بعد العملية بيومين أو بعدها بأقرب ما يمكن



الفصل الخامس

سرطان اللسان

يقتصر الكلام في هذا الفصل ، على سرطان اللسان في جزئه السائب . وتتضمن عملياته الإعتيادية استئصال الجزء المصاب بالسرطان وجزء كبير من اللسان السليم حوله واستئصال جميع الغدد اللعابية التي في العنق تحت اللسان وتحت الفك ولسائل أن يسأل : أيعمل ذلك دفعة واحدة أم يستأصل اللسان دفعة وتستأصل الغدد دفعة أخرى ؟ والجواب عن هذا السؤال يتوقف على رأى الجراح نفسه مسترشداً بخبرته ، ومهارته ، وسرعته في العمل ، وبانتشار المرض ، وبخطورة العملية ، وبجالة المريض وقوته على احتمال العملية . فاب رأى الجراح أن يكون العمل دفعة واحدة فليبدأ باستئصال الغدد التي في العنق . لأن هذا الجزء من العملية أنظف ، هذا الى أنه مما يسهل الجزء الثاني منها بتقليل النزف بربط الشريانين اللسانيين في جزئها الأول أما اذا رأى أن يكون العمل دفعتين فاستئصال اللسان مقدم على استئصال الغدد لأنه هو أصل المرض ، ولأن المريض قد يجتريء بأحدى العمليتين خوفاً من دخول غرفة العمليات دفعة أخرى . وقد حدث ذلك ذات مرة في مريض استؤصلت الغدد التي في عنقه في الدفعة الأولى ، ولم يقبل أن يستأصل السرطان الذي في لسانه وفصل من المستشفى ، على أن بعضهم يرى تأجيل استئصال الغدد في أحوال سرطان اللسان وغيره . فقد سمعت المستر هربرت باترسون وهو يخطب في القسم الجراحي من الجمعية الطبية البريطانية في اجتماعها الثالث والتسعين ذات النويم^(١) في بورتسموث يقول :

« ألا يجوز أن الواقع في الجراحة العصرية هو الاعتداء على الغدد اللعابية

بقسوة ؟ »

« أنستطيع أن تقدر تأثير الغدد اللعابية في دفاعها ومقاومتها انتشار السرطان ؟ فإذا استأصلنا كل الغدد المجاورة في أثناء العملية أفلا نحرّم المريض من أول وأفضل

(١) يقال لقيته ذات النويم أى في العام الماضي

خط هيأته الطبيعة للدفاع ؟ لا شك في أن الخلايا السرطانية المنتشرة من السرطان الأولى تحجز ، ولو مؤقتاً في الغدد اللمفاوية المجاورة . ولا يبعد أن هذه الغدد قد تستطيع اتلاف عدد محدود من هذه الخلايا بعد استئصال الورم الأولى . ولا ريب في أننا جميعاً قد صادفتنا أحوال لم تتمكن فيها من إجراء العملية كاملة في سرطان الأمعاء ؛ اذ نترك الغدد اللمفاوية المرتبطة بالسرطان ، وبالرغم من ذلك فقد عاشت المرضى اثنتا عشرة سنة أو أكثر . ألا يمكن أن يكون السبب في طول حياة هؤلاء المرضى هو عدم كمال العملية وبقاء هذه الغدد . إن من الصعب ، فهم هذه المصادفات ، ولست أستطيع شرحها إلا بأن الخلايا السرطانية التي تركت قد اتلفها المنسوج السليم في الغدد حيث كانت ضيوفاً ثقيلة »

« بين الدكتور كريل^(١) أن الاورام السرطانية الثانوية في الأحشاء البعيدة تظهر في أقل من ١ في المائة في سرطان الوجه ، والعنق ، والرأس ، وأن الورم ينحصر غالباً في الغدد اللمفاوية العظيمة التي تكتنف العنق . ويقول إن منطقة الغدد اللمفاوية التي حول العنق هي كالحصن المنيع ، وقلماً تخترقه الخلايا السرطانية . ثم استأنف كريل قائلاً : إن هذه الحقائق ترشدنا الى سر القاعدة الأولى ، وهي استئصال هذه الغدد المفيدة جملة واحدة . ولا شك أن هذا منطق معكوس . فإذا كانت الغدد اللمفاوية تقوم كالحصن المنيع يحول دون دخول الأعداء فليس من سداد الرأي ، يقيناً ، استئصالها حتى نتخلص تماماً من الورم الذي نريد منع انتشاره لقيام هذه الغدد حاجزاً منيعاً يحول دون اختراقه . إنى أزعم أن الملاحظة الباثولوجية حقيقية ، لكن استنباط الجراحين من هذه الملاحظة خطأ . وأقترح أن يبقى هذا الحصن المنيع ، مدة بضعة أسابيع ، بعد استئصال الورم الأصلي . في غضون هذه المدة تقوم هذه الغدد بعملها النافع وتصد ما قد ترك من الخلايا السرطانية في الجرح ؛ لأنها تؤدي وظيفة الزبالين . فإذا ما بطلت حاجة الجسم لهذا الحاجز يمكن استئصال هذه الغدد بما قد تضمنته من الخلايا السرطانية . فقد أجريت عملية السرطان في اللسان بهذه الطريقة في ثمانية مرضى ؛ خمسة قبل الحرب ، وثلاثة

بعدها . من هؤلاء المرضى توفى واحد بالتهاب شعبي رئوي بعد العملية بسبعة أيام ،
وآخر لم أستطع اقتفاء أثره ، ولعله توفى ، وآخر توفى بعد العملية بخمسة عشر شهراً . وأما
الباقون وهم خمسة فكلهم أحياء ؛ منهم أربعة مضى على عملياتهم الأصلية ست سنين .
ولا شك أن هذا العدد أصغر من أن يبني عليه نتائج ، لكن بمقابلة هذه النتائج بما سبقها
من نتائج سرطان اللسان أرى أن الأخيرة عون للجراح في عمله ، لأنني لم أعرف مريضاً
من النتائج السابقة عاش بعد العملية خمس سنين . وأرى أن هذه الطريقة - طريقة
تأخير استئصال الغدد اللعابية إلى حين ، بعد العملية الأصلية ، جديرة بالتدبر ، حقيقة
بالتجربة . ولقد أخذت في تجربة هذه الطريقة ، منذ ثلاث سنين ، في علاج سرطان
اللسان ، لكنني لست أستطيع أن أستنبط رأياً ناضجاً الآن . »

« وحاشاكم أن تفهموا أنني أقلل من شأن العملية لعلاج السرطان ، لأنني أراها ضرورية .
لكن غرضي هو التعجيل بها لكيلا تكون عظيمة ، وعملها في دفعتين إن أمكن ، يستأصل
الورم الأصلي في الدفعة الأولى ، والغدد اللعابية في الدفعة الثانية . لكن أكثر تريثاً
في إزالة أول خط هيئاته الطبيعية للدفاع ^(١) »

وليس في استئصال اللسان بالمقراض شيء من الصعوبة إلا في ضبط الشريان اللساني
على أن الجراح قد لا يصادف هذه الصعوبة إذا سار في عمله بمقراضه سيراً منتظماً
بهذا الترتيب :

يقطع الغشاء المخاطي أولاً . ويشق اللسان نصفين في الخط المتوسط ، وتقطع
العضلات من الخلف إلى الأمام . ولا يقطع جزء اللسان المحتوي على الشريان اللساني
إلا أخيراً . فإن اتبع الجراح هذا الترتيب لم يخطئ النزف . وقد رأى بعضهم جراحاً
وقد ارتبك بقطعه الشريان اللساني قبل نزع اللسان ونبا عنه ولم يتمكن من ضبطه إلا
بعد بضع دقائق نزف فيها الشريان غزيراً .

ولا بد من خياطة حافات الغشاء المخاطي بعد استئصال اللسان لتغطية السطح
المتعري في الفم بقدر الامكان ، فمن مزايا هذه الخياطة تقصير زمن النقب ، ومنع نهاية

(١) نشرت هذه الخطبة في المجلة الطبية البريطانية في جزء ٢٩ سبتمبر سنة ١٩٢٣

اللسان من السقوط الى الخلف عاتقة التنفس ، ووقف النزف . والحقيقة أن خطر سقوط نهاية اللسان الى الخلف لا يتوقع الا اذا نزع العضلة الذقنية اللامية اللسانية من موضع ادغامها في الفك الأسفل

وهذا النزح حتم في العمليات الكبيرة ، وهو مما يقتضى وضع فتلة في عص اللسان أو في الثنية اللسانية الطرجهالية يبقى طرفها خارج الفم لجذب العص الى الامام

ويحسن ربط الشريان اللسانى أو ان استئصال الغدد اللعاقوية في العنق . ويجب أن يربط في جزئه الأول ، أى قبل أن يخترق تحت العضلة اللامية اللسانية ؛ لأنك بربطه في هذا الموضع تتف النزف من فروعه على ظهر اللسان

ومن المفيد قطع العصب اللسانى ، لأن قطعه يقلل الألم عقب العملية ، ويحول دون قلق عظيم قد يبدو اذا عاد السرطان بعد العملية في الفم . ويرى العصب ، بعد استئصال الغدة تحت الفك والغدد اللعاقوية المجاورة ؛ لأنه يعبر العضلة اللامية اللسانية أسفل الفك

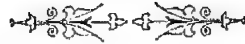
وقد يفتح الجراح ، في اثناء استئصاله الغدد اللعاقوية قاعدة الفم . وهى مضاعفة سيئة لما يعقبها من تلوث الجرح الذى فى العنق من الفم . على أن هذا التلوث قد يحدث ولو لم تثقب قاعدة الفم واصلة العدوى بطريق قناة وارتون المقطوعة ، ولذلك ينصح بعضهم بتصفية الجرح الذى فى العنق

واكبر أسباب الوفاة عقب عمليات اللسان الخبيث هو الالتهاب الرئوى . وينشأ هذا الالتهاب عن سببين ؛ كلاهما ممكن اتقاؤه

فالسبب الأول استنشاق الدم فى المسالك الهوائية . ويتق هذا السبب إما باستعمال الوضع الرأسى المنحدر ، وإما بعمل شق قصوى تمهيدى ، ويفضل الشق القصوى فى كل الأحوال التى تقتضى التدخل فى مؤخر اللسان ، ويعمل بالتخدير الموضعى قبل العملية بيومين ، وقبل الاستئصال يحشو الجراح الباعوم ، بعد تخدير المريض ، بالشاش حشواً جيداً

ويرى كريل وسيلة أخرى للأحوال التي لا يقطع فيها عص اللسان . وهي إدخال أنبوبة من المطاط ، عقب تخدير المريض ، في كل ناحية من الأنف ، حتى تصل الى لسان المزمار تقريباً ، ثم حشو البلعوم بالشاش . ولا بد أن تكون الأنبوبة واسعة لسهولة التنفس

واستعمال الإثير داخل القصبة الهوائية مع حشو البلعوم بالشاش وسيلة أخرى لهذا الغرض والسبب الثاني للالتهاب الرئوى عقب هذه العمليات هو دخول المواد الغريبة فى المسالك الهوائية فى أثناء مجهودات البلع والازدرداد . ولاتقاء هذا السبب لا بد من تغذية المريض بأنبوبة أنفية فى الأيام الأولى عقب العملية



افضل التاوس

أورام الغدد اللعابية

ليست الأورام النكفية المختلطة نادرة ، فيصادفها الأطباء كثيراً وتراهم في حيرة مما يبدوون في شأنها . وإن لم يكن الجراح حريصاً عالماً بالتأريخ الطبي لهذه الأورام أخطأ في تشخيصها ، وربما طمأن المريض على ورم خبيث لم تظهر فيه كل علامات الخبث كالشلل الوجهي وخلافه مؤكداً إياه بقوله مثلاً إن الورم حميد . قد يسرّ المريض هذا الإنذار الحميد ، لكنه قد يكون سبباً في ضرره بتأجيله العملية ، لأنك إذا علمت أن من السهل استئصال الأورام الصغيرة المتكيسة في الأدوار الأولى لأنها تنشأ سطحية أو تكون كذلك ، وإذا علمت أن الأدينوم يكبر مع الزمن وينتشر في الأجزاء الغائرة من الغدة التي يصعب الوصول إليها ، وأن هذه الأورام المختلطة تتحول مع الزمن الى خبيثة ، فإذا علمت كل ذلك عرفت ضرر تأجيل العملية وعرفت أن من الحرص نصحتك للمريض واستدراجه لاستئصال الورم وهو صغير سطحي ، ثم إبداء رأيك في الورم بعد الفحص المجهرى . ويعود الورم بعد استئصاله في نصف عدد المرضى تقريباً ، ويتحول ربع عددهم من أحوال حميدة الى خبيثة

وأفضل شق لاستئصال الورم النكفي المختلط هو الذى يوازي العظم الوجنى ، وإذا كان الأدينوم كبيراً فلا بأس من جعله على شكل T . ولتعلم أن العصب الوجهى غائر لا يناله الجراح بأذى إلا إذا جال بمشراطه بعيداً عن غلاف الورم . أما قناة الغدة النكفية فمعرضة للخطر إن لم يذكر الجراح موضعها التشريحي . وليس من السهل علاج القناة اذا قطعت لأن موضع القطع يكون غالباً خلف الحافة الوحشية للعضلة المضغية أى حيث تتعذر عملية ديجويز^(١) بينما أنه من الصعب الكشف عن القناة وربطها لإبطال إفراز الغدة

اضطراً بعض الجراحين لعلاج كيس لعابي كبير نشأ في وجنة مريض عقب استئصال ورم نكفي . وكانت اثره الالتحام عمودية . وقد قال الجراح الاول الذى استأصل الورم للجراح الثانى الذى أخذ يعالج المريض إنه لم يفكر مطلقاً فى القناة فى أثناء الاستئصال . فأراد الجراح الأخير أن يعالج المريض بطريقة ديجوريز ، اذا كان قطع القناة من الأمام ، أو بربط القناة ، اذا كان قطعها خلف الحافة الأنسية للعضلة المضغية ، لأن الغدة يبطل افرازها بسد قناتها . وقد تأكد الجراح ، بوضع مسبار دقيق فى الفتحة الحامية التى فى الفم ، من العثور على الجزء الطرفى من القناة ، وعرف أن موضع الإصابة بعيد فى الخلف لكنه لم يتمكن من العثور على الجزء القريب من الغدة . وعلى ذلك لم يتيسره العلاج باحدى الطريقتين . وكان الكيس قد تجاوز الجزء الطرفى من القناة فعمد الجراح الى ربطة وأدخلها من الفم فى الجزء المقدم من الكيس وخرج بها من الفم أمام العضلة المضغية وعقدها جيداً رجاء تكوين فتحة جديدة فى الفم بجوت الجزء المربوط ضغطاً ، ووضع وسادة متينة على الوجنة بعد اقفال الجرح . وقد نجحت العملية نجاحاً عظيماً وزال الكيس . لكن لم يعرف أكان النجاح دائماً أم لا . ويخشى أن تلتحم النواصير اللعابية الصناعية التى عملت للأغراض العلاجية

ورشح الافراز اللعابي الذى يشاهد كثيراً عقب شق جوهر الغدة النكفية ينقطع غالباً انقطاعاً ذاتياً أو بضغط خفيف . ولم أرَ ناصوراً لعابياً دائماً من هذا النوع

النكاف أو التهاب الثانوى فى الغدة النكفية

يحدث مضاعفة فى جملة أمراض ، وأخصها الاضطرابات البطنية . ولعل السبب الجوهري هو وقف الافراز اللعابي وقفاً يكون من شأنه التعرض للعدوى ، وذلك كما يحدث فى مواضع أخرى . وأسباب وقف الافراز فى الغدة النكفية هي :

(١) انسداد القناة انسداداً عضوياً بوجود حصاة مثلاً

(٢) فقد المنبه الطبيعى الذى يصحب مضغ الطعام . وهذا هو السبب الأصلى فى

الالتهاب الثانوى ، والمعتاد أن يلزمه سبب آخر تابعى هو استعمال المورفين والأتروبين .

فليتوقع الجراح التهاب النكفى النقيحى فى كل الأحوال التى يفقد فيها المضغ ويستعمل المورفين متكرراً

وأهم ما تجب معرفته أن الالتهاب النكفى حالة عفنة تستدعى العلاج بالشق بغير تريث . فإن أجلت العملية حتى يتضح التمزج أو لسبب آخر فالخطر شديد من امتداد التعفن الى مناطق ليس فى ميسور الجراح الوصول اليها . فقد يحدث تخثر فى الأوردة الجناحية ويمتد الى الجيب الكفى ؛ وهى مضاعفة ربما كانت نظرية تشريحية أكثر منها حقيقية ؛ لكن بعضهم قد شاهدوها وانتهت بالوفاة

أورام الغدة اللعابية تحت الفك

من الصعب تمييز هذه الأورام من أورام الغدة اللعابية المجاورة . والذى يساعد على تشخيصها هو ازدياد حجمها سريعاً عقب الطعام . هذا الى أن من الضرورى فحص فوهة القناة أسفل اللسان فى كل حالة يخامرنا الشك فيها . فقد نجد جسماً غريباً كشعرة من الجرد أو السواك أو كحصاة فى القناة اللعابية ، أو نجد علامات أخرى كالأحمرار والانتفاخ أو نقط نزفية صغيرة حول حلمة فتحة القناة ؛ وهذه كلها مما تدل على آفة فى الغدة اللعابية لأن تأثير الأحوال الالتهابية أو الانسدادية فى الغدة اللعابية يتضح كثيراً بهذه الطريقة فى الغشاء المخاطى حول فتحة قناتها

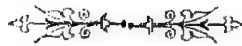
يصادف الجراح ، من وقت لآخر ، حالة ظهر فيها خراج فى الغدة تحت الفك لوجود حصاة فى قناتها . ويخشى أن تنسب العدوى الى الغدة اللعابية ؛ فتعالج بالشق والتصفية بغير تنبه الى وجود الحصاة فى القناة . فان حدث ذلك تولد ناصور مزمن لا يلتحم أو^(١) تعرف الحصاة قترال بعملية . وقليل من العناية فى درس تاريخ المرض فى الحصاة اللعابية يرشد بسهولة اليها لما يلزمها عادة من الألم والانتفاخ الذين يزيدان فى أثناء الطعام

عواقب عمليات الغدة تحت الفك

ومن عواقب عمليات الغدة تحت الفك شلل العضلة الذقنية المربعة . وقد تقدم الكلام على سير العصب الذى يغذى هذه العضلة . وقبل ختام هذا الموضوع أرائى فى حاجة إلى ذكر سببين ، لانتفاخ الغدة تحت الفك ، قد يغيبان عن الجراح وهما :

(١) تناول يودور البوتاسيوم . قد يحدث هذا الدواء فى بعض الأشخاص انتفاخاً متناسباً فى الغدة تحت الفك والغدة تحت اللسان فى الناحيتين

(٢) التهاب الغدة النكفية العفن - قد يحدث فى هذا المرض وقبل ظهور الورم النكفى ببضعة أيام انتفاخ فى الغدة تحت الفك والغدة تحت اللسان فى ناحية أو فى الناحيتين فالطبيب الذى لا يحفظ هذين السببين قد يوجب لعدم احتياظه الاحتياط الواجب لمنع امتداد مرض عفن



الفصل السابع

اللوزتان والأورام الحلقية الأنفية الغدية

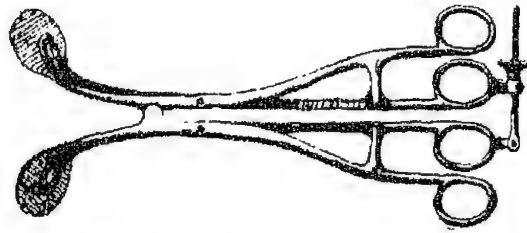
مهما يكن الرأى فى فائدة اللوزتين للإنسان فإن الله لم يخلقهما عبثاً . لقد وجدنا المنفعة معينة . وعلى الجراح ألا ينصح باستئصالها إلا مدفوعاً بأسباب قوية ؛ وإلا صرف المجهود بغير حكمة .

استئصال اللوزتين ؛ غالباً ، عملية سهلة . ولعل هذا هو السر فى أنها لا تعمل جيداً . إنها تعمل كثيراً ويعملها كثير من الجراحين ؛ وهذا هو سبب كثرة حوادثها ؛ التى منها ترك المريض يتزحلق من راس منضدة العمليات ، فيسقط على الأرض ، فتتكسر جمجمته نعم حدثت هذه الواقعة وغيرها مما يدل على أن الانسان ليس معصوماً من الخطأ ، وان الجراح أخرق قد يرتبك فلا يعمل عمله بخفة ورشاقة ، وأن المنوم لا يجيد فن التويم وإليك ما قد يحدث من الأغلط فى هذه العملية :

استئصال جزء صغير من المنسوج اللوزى ، أو بعبارة أخرى حلق الجزء البارز من اللوزة مما يؤدى الى بقاء زوايا وجيوب صغيرة تضمن للمريض التعب فى المستقبل لأنها تكون مأوى للمواد العفنة . وإذا استئصلت اللوزتان بهذه الطريقة فليس من السهل استئصالها بعد ذلك استئصالاً نظيفاً تاماً . وأهم ما يجب ملاحظته وقت الاستئصال بجيلوتين اللوزة هو : وضع طرف الجيلوتين وضعاً جيداً خلف اللوزة وأسفلها ، والتى تضغط جيداً لتدخل فى فوهة الجيلوتين بوضع الأصبع أو الإبهام على العمود المقدم من الحلق ، ثم تستأصل بادخال السلاح . وليس من النادر أن يرى الجراح ، بعد استئصاله اللوزة بهذه الطريقة ، أنه حلق جزءاً من العمود المقدم من الحلق أو جزءاً من اللسان . وينسب ذلك الى استعمال جيلوتين بفوهة واسعة جداً أو بفوهة بشكل معيب . لا بد أن تكون الفوهة بحيث تكفى لدخول اللوزة فحسب ، وأن تكون بشكل بيضى . وأما الفوهة المستديرة فغير محمودة .

وقلما يحدث النزف ضرراً ، على أنه قد يستمر رغم الوسائل الواقفة . وقتئذ يلزم سند المريض في الوضع الجلوسى ، وعمل ضغط ثابت بقطعة من الأسفنج بالجفت تبقى على السطح النازف بغير تراخ ميلة ست دقائق عدداً على الساعة . فان لم يقف النزف يضم العمود المقدم والخلفى من الحاق على قطعة من الدسام بغرز من الخياطة . ويروى بعضهم حادثة جرح فيها الشريان السباتى الباطن ففاض الدم وفاضت الروح على الأثر وكان السبب فى هذه الحالة عدم إحكام الآلة قبل الاستعمال ، وحين دفع السلاح الى مكانه تجاوزه متعدياً على الشريان

وقد رأيت في جزء المجلة الطبية البريطانية الصادر بتاريخ ٣ نوفمبر سنة ٢٣ صورة آلة لوقف نزف الدم عقب عملية استئصال اللوزتين وتسمى بضغط موضع اللوزتين (شكل ١)



(شكل ١) ضاغط موضع اللوزتين لوقف النزف

وطريقة استعماله للنزف كما يأتى :

توضع فى كل شعبة من شعبيته ، هرشفة^(١) أو اسفنجة من القطن . ولتعلم أن انحناء الشعبة يجعل المرشفة فى المحور الطويل لموضع اللوزة فتلامس السطح المتعرى كله . ويقول مخترع هذه الآلة أنه قد استعملها ، ذات مرة ، فى طفل لوقف النزف ، فنام الطفل والضاغط ضاغط موضع النزف . وتصنع الآلة فى محل ماير وفيلس^(٢) باندن وعلى الجراح ، قبل إجراء العملية فى الأطفال ، أن يفحص عن حامض الدياستيك والزلال فى البول ، فقد استأصل أحد الجراحين اللوزتين من طفلة بناء عن طلب زميل له .

(١) المرشفة بالكسر وتشديد الفاء خرقة ينشف بها ماء المطر ، ويمكن الاصطلاح عليها لما يسمى بالانكليزية . Swab

(٢) Messrs. Mayer & Phelps.

وبعد العملية بيوم واحد ظهر الدم والاسطوانات البولية في بولها - علامات التهاب الكلى - وبعد أسبوع ابتداء التفشر الجلدى . واتضح أنها وهى بعيدة عن بيتها اعترافا «التهاب فى الحلق» شديد . إن الكلورفورم والايثير يهيجان الخلايا الكلوية ويؤذيان من كان عنده التهاب كلوى .

قد تعمل عملية استئصال اللوزتين والأورام الحلقية الأنفية فى الأطفال وقت الاثغار ولا يبعد أن تكون عندهم أسنان منقلبة من السهل قلعبا اذا لم يكن الانسان حريصاً وهو يستعمل مبعث الفك . وربما اتخذ الآباء من ذلك سبباً لتجريح الجراح وارساله مثلاً لرفق بالطفل فى عملياته .

أما عملية الأورام الحلقية الأنفية فيلزم أن يستعمل الجراح فيها آلة كحت حادة لكيلا يتخلف عنها ذبول صغيرة من الأورام تبقى معلقة فى التجويف الحلقى الأنفى وتذهب براحة المريض ببقائها أو بموتها بالمستقبل . ولعل ذلك أكثر حدوثاً فى الكبير من الأطفال إذ تكون الأورام الأنفية الحلقية عندهم صلبة ليفية . ويروى بعضهم أنه استأصل هذه الأورام ، ذات مرة ، وكان المريض فى إحدى دور الصحة . وبعد انصراف الجراح بساعة أرسل اليه طلب يستقدمه بسرعة لأن الصبي كان على وشك الاختناق . فذهب الجراح اليه فوجده جالساً مضطرباً ومصاباً بعسر شديد فى التنفس . وكان السبب بقاء ذيل من الأورام معلقاً فى الجدار الحلقى للحلق يدفعه الشهيق الى فتحة المزمار فيسدها تقريباً مولداً عسراً شديداً فى التنفس . استؤصل الذيل وارتاح المريض على الأثر

وإياك أن تستعمل فى العملية آلة قد براها تكرار السنّ فأصبحت رقيقة؛ لأنها قد تنكسر وقت العمل . فقد وقعت هذه الواقعة لبعضهم فانكسر السلاح ، ولم يعثر لشظيته على أثر . فان صادفك مثل هذا الحادث فانك لا تستطيع إتمام العملية إلا اذا كان عندك آلة أخرى . هذا الى أنك تظل قلقاً غير مرتاح الضمير بفقدك سلاحاً حاداً فى مريضك

والتخدير الشديد حتى زوال الأفعال المنعكسة خطر لا شك فيه . فقد رأى بعضهم مريضاً لازمة الزرقه (سيانوز) بضع دقائق بعد العملية لدخول الدم في رتيبه . ولعل النزلة الشعبية والالتهاب الشعبي الرئوى عقب عملية استئصال اللوزتين والأورام الأنفية الحلقية من دخول الدم وبعض المنسوج اللوزى فى المسالك الهوائية

ترى أحدث أن اللوزة أو قطعة من المنسوج الغدى سقطت فسدت مسلك الهواء ؟

الخارج حول البلعوم

يمر أحياناً فى المستشفيات والمستوصفات التى تعمل فيها عمليات استئصال اللوزتين والأورام الغدية الأنفية الحلقية أن يرى الجراح مريضاً بخارج خلف الحلقوم . فلا تمنع المأساة إلا إذا كان الجراح والمنوم كلاهما على حذر من الواقعة ، وعلى علم بما يجب أن يعمل . أما ما يقع فهو : أوان وضعك المبعد ، أو بسطاك الرأس على طرف طاولة العمليات ، أو تخدير المريض تخديراً شديداً ، يمتنع الهواء من الدخول الى الصدر ، وينقطع التنفس . أما ما يجب أن يعمل فبسيط وهو : وقف التخدير سريعاً ، ورفع المبعد ، وسند المريض فى الوضع الجلوسى مع دفع الرأس الى الأمام . فإذا فعلت ذلك عاد الى المريض تنفسه . ومتى انتظم التنفس ، وأخذ يتلاشى تأثير المخدر ، فوَقْتَنُ فقط ، لا قبل ذلك ، يمكنك أن تفتح الخارج . والمعتاد ألا تستدعى الحالة الشق القصبى إذا عملت الوسائل التى ذكرت ، ويجب ألا يعمل الشق إلا إذا فشلت

ولعل أول ما يعمل الجراح الذى لم تصادفه أحوال كثيرة من هذا النوع ، حين يبدو على الطفل عسر التنفس ، هو ادخال الأصبع فى الفم مسنقسياً سبب العسر . فإذا ما اهتمدى الى الخارج خلف البلعوم فقد تدفعه قلة خبرته الى الاسراع بفتحه رجاء ازالة ما عاق النفس . ولا ريب أنه يزول ، ويحدث التنفس غائراً للتعويض ، فتدخل محتويات الخارج فى المسالك الهوائية وينشأ التهاب شعبي عفن ، والتهاب شعبي رئوى عفن ، ولا شك أن الشق القصبى أفضل من فتح الخارج على ان الجراح قد ينبو عن

الخراج ، حتى بعد ادخال أصبعه فى الفم مستقيماً سبب الانسداد التنفسى . ويكون السبب نحوه بالأصبع نحو فتحة المزمار واللسان مستقيماً عن الانسداد غير مدرك ان عسر التنفس من خراج خلف البلعوم

خراج اللوزة

ينطبق أغلب ما قيل عن الخراج خلف البلعوم على خراج اللوزة . فاذا خدر المريض تخديراً عاماً فقد يعتريه عسر التنفس . والعلاج واحد . ولا تختلف المضاعفات ويمكن فتح الخراج حول اللوزة فتحاً جيداً بغير ألم بنزع العمود الحلقى المقدم من اللوزة بارسال مسبر منحن وعلى طرفه قطعة من القطن مغموسة بالفازلين وقلمما يستصوب التخدير العام فى مثل هذه الأحوال



فصل الثامن

الانسكاب البلوروى

ان الوفاة الفجائية كثيراً ما تحدث فى المرضى المصابين بانسكاب بلوروى عظيم . وفى غير مرة حدثت هذه الوفاة فى أثناء وجود الطبيب مع مريضه وهو يدخل الابرة فى تجويف الصدر للاستقصاء أو لاستخراج السائل . وقد ذكر سيرس ^(١) عشرة أحوال حدثت فيها الوفاة عقب الاستقصاء البسيط بغير اخراج أى سائل

ولعلَّ السبب فى أغلب هذه الحوادث هو تغيير وضع المريض ؛ أى إن السبب المباشر لإحداث الوفاة هو التغيير الفجائى فى الأحوال الوعائية داخل الصدر . ويزداد هذا السبب وضوحاً اذا عرفنا أن الموت الفجائى يندر بل لا يحدث أبداً ما دام المريض يلزم السكون ، وأنه لا يحدث إلا اذا تغير وضع المريض تغيراً فجائياً . وأكثر الحركات خطراً جلوسه من النوم ؛ ففي كل أحوال الموت الفجائى فى الانسكاب العظيم فى تجويف البلورا حدثت الوفاة والمريض يحاول الجلوس

ان الدرس ظاهر : وهو حتم على الطبيب ألا يسمح بتحريك المريض فى فراشه أو بنقله الى المستشفى ما لم يُستخرج مقدار كاف من السائل الذى فى صدره . ومن الواجب ، حتى بعد استخراج السائل ؛ أن تعمل الحركات الضرورية ببطء ورزانة . والمعتاد اجلاس المريض وقت القرع أو التسمع ، وكثيراً ما تساعد الممرضة المريض على الجلوس ، لهذا الغرض ، وهذا مما يجب اتقاؤه

قد يفوت الطبيب تشخيص الانسكاب من استعمال ابرة كالة لا تحترق البلورا الجدارية بل تدفعها أمامها ولا يظهر السائل على غير ما هى الحال اذا استعملت ابرة حادة للاستقصاء وذات مرة التبس الطبيب فى تشخيص مريض بالالتهاب الرئوى ، وظن أنه مصاب بأمبيما . فاستقصى الصدر بـ ابرة أعقبها تواء سعال دموى شديد فالموت بعد بضع دقائق

وبتشريح الجثة وجد أن الإبرة لم تخترق الرئة إلا مسافة قصيرة ولم تنل في سيرها وعاءً كبيراً . ولعل السعال الدموي وما نشأ عنه من عسر التنفس كانا مما قضى على المريض لأن الرجاء في شفائه كان ممنوناً^(١)

ولتعلم أن استخراج السائل بآلة الاستقصاء علامة قطعية على وجود السائل في تجويف البلورا . على أنه قد يحسب خطأ الانسكاب التأموري انسكاباً بلورويًا في تجويف البلورا الأيسر كما حدث مرة إذا أخرجت محقنة الاستقصاء السائل من التجويف التأموري المتعدد من الانسكاب ، على زعم أنه من التجويف البلوروي الأيسر . ومن عواقب استخراج السائل من تجويف البلورا الأزيما الرئوية الحادة . ولاتقاء هذه المضاعفة الخطرة يجب استخراج السائل ببطء بغير زيادة الضغط السلبي في جهاز البزل . وباستخراج جزء من السائل لأكله ؛ فإن أردنا استخراج السائل كله فالواجب أن يستبدل به هواء أو غاز

ويذكر سيرس^(٢) كارثة غريبة قد تحدث أثناء استخراج السائل . ذلك أن جهاز البزل بطلمبة للمص والكبس . والواجب أن يستعمل الطبيب فرع المص . على أن الطبيب قد يخطئ فيستعمل فرع الكبس فيدخل الهواء في الصدر . وقد ذكر سيرس ست أحوال من هذا النوع شفي منها خمس أحوال وأما السادسة فحدثت فيها الوفاة مباشرة

الامبايما

التشخيص - لا بد أن يستعمل الجراح إبرة كبيرة إذا أراد التحقق من الصديد أو من موضعه . فإن استعمل إبرة دقيقة فقد لا يمر فيها الصديد . وكثيراً ما أهملت الامبايما بسبب عدم الالتفات إلى هذه المسألة لأنها عظيمة الشأن . على أنه من المحتمل أن يعمل الاستقصاء مراراً بآلة مناسبة دون الوصول إلى الصديد كما حدث في رجل كبير السن عنده أعراض خراج داخل تجويف البلورا . ولما كانت الأعراض والعلامات مما يرجح وجود الصديد فقد استؤصل جزء من الضلع وكشف عن الامبايما ووجد في

أسفل التجويف كتل عظيمة من الجائط . ولانزاع في أن هذه الجائط هي التي كانت تسد الإبرة فتحول دون خروج الصديد .

وقد يلتبس خراج الكبد بالامبيما اذا خرج الصديد من ابرة وضعت في أسفل الصدر على ما يقول برى^(١) . وقد يتكوّن خراج في الكبد اذا وصلت ابرة الاستقصاء الى الكبد بعد اختراقها تجويف البلورا الملوث . وقد ذكر رولستون^(٢) حالة من هذا النوع

ويقال إن الإبرة قد تنال القلب والأوعية الكبيرة ، وهو مما يحتاج الى اثبات . ولا بد قبل الانتهاء من الكلام على الامبيما من ذكر ثلاث مسائل كثيراً ما يهملها الجراح ويكون عنها مسؤولاً . وأولى هذه المسائل هي اغفال الجراح الفحص عن الصدر بالأشعة في أحوال الشك والريب

والثانية عدم الاستعانة بالطبيب المتوفر على^(٣) البكتيرياولوجيا لمعرفة طبيعة الميكروب المعتدى وهي مسألة ذات شأن فعلياً قد تبني طريقة العلاج والثالثة اغفاله الفحص عن الصدر في الأحوال الحادة في البطن . وكثيراً ما ظهر من التشريح بعد الوفاة وجود امبيما كبيرة في الصدر ولم يشبه فيها مطلقاً وكانت الوفاة عقب فتح البطن فتحاً استقصائياً

العلاج

يحدث الموت الفجائي عن الأمبيما الكبيرة كما يحدث عن الانسكاب البسيط ، والسبب نفسه ؛ وهو مما يستدعي الاحتياطات التي ذكرت ، فلا بد ، قبل نقل المريض بتقدير كبير من المسائل في تجويف البلوار ، الى مستشفى أو دار للصحة ، أن يستخرج مقدار عظيم منه : ولا لقاء الغوص بالإبرة دفعتين يحسن أن تناسب إبرة المحقنة الاستقصائية مبسم جهاز البزل

Berry (١) Rolleston. (٢)

(٣) المتوفر على الشيء المنصرف بكل همته اليه وهو بمعنى الاختصاص

العملية

إن المعتاد في علاج انسكابات البلورا الملوثة هو التصفية بأنبوبة توضع في الجدار الصدري . ونحن الآن في عصر يمكننا من التمييز بين الأحوال التي تناسبها هذه الطريقة والأحوال التي لا تناسبها . ويمكن القول ، باختصار ، أن العلاج بالتصفية يناسب أحوال الامبايما الموضعية ، وخاصة الأحوال التي يكون صديدها ثخيناً . ففيها لا يحدث الهبوط العظيم للرئة ، ولا تنتشر العدوى في عامة البلورا

أما الامبايما العامة الحادة فلا تناسبها التصفية بالفتح لأنها تكون خطيرة . فإذا لم يمت المريض سريعاً ، من الصدمة أو التوكيميا ، فإنه يعيش برئة هابطة ، وبتجويف متفتح في الصدر ، جذرانه أقصى من أن تحمى منطبقاً بعضها على بعض . وأشد ما يكون الخطر من العلاج بهذه الطريقة إذا كانت الامبايما حادة ناشئة عن البذور السبحية^(١) هذه الأحوال تنفعها كثيراً ، خصوصاً في الأدوار الأولى ، البزل المتكرر ، والمصل السيفوني الذي لا ينفذه الهواء ، والحقن المتكرر بقادير كبيرة من مصل الاستربتوكوك^(٢) وقد نوفق ، في المستقبل القريب ، الى التغلب على ما يمنعنا من علاج الامبايما الحادة العامة ، في الدور الأول ، بالتصفية بالفتح ، علاجاً نافعاً .

ولنتكلم على تلك العوامل الخاصة التي تنقلب ، الآن ، على أغراضنا الجراحية . فنحن نعالج فيما نعالج تجمعاً من السائل في تجويف حده الظاهر الجدار الصدري ، وهو صلب غير مرن ، وحده الباطن الرئة نفسها ، وهي تميل ، بمرورها الغريزية ، الى التبعاد عن الجدار الصدري لتزيد التجويف اتساعاً . ولتعلم أن الضغط الجوي يكفي ، في الصدر السليم ، لإبقاء الملاصقة بين طبقتي البلورا ، جملة واحدة ، ولمنع هبوط الرئة هبوطاً كاملاً مباشراً إذا فتح الصدر . ومع ذلك ففي الصدر السليم قد تنفصل الطبقتان انفصلاً قليلاً إذا بقي الصدر مفتوحاً . أما في حالة انسكاب عظيم للطبقتان منفصلتان ، في مساحة كبيرة ، انفصلاً مريضاً ، وما كان من الطبقتين متلاصقاً فيما عدا مساحة الانسكاب

(١) Streptococcus.

(٢) Antistreptococcus serum.

يكون ملتصقاً غير طبعي . فهذا الاختلال في التوازن لا تبقى معه قوة لمقاومة ما للرئة من القوة الانكماشية

فهذه الاعتبارات الى غيرها من امتصاص الهواء من الرئة في حالة السكون ، مما يعمل كيف تهبط الرئة في حالة الامبايما العظيمة ، وكيف أن السائل لا يتصفي تماماً ، خلال فتحة في الجدار الصدري الا باحدى هذه الطرق ، وهي :

(١) سحب السائل إما بالبزل ، وإما بالمص السيفوني ؛ سحباً يتغلب على ما للرئة

من التوتر الانكماشى

(٢) زيادة الضغط في باطن الرئة حتى يفوق التراجع الرئوى

(٣) استبدال الهواء أو شئ آخر بالسائل

وإليك الكلام مطولاً في هذه الطرق :

(١) السحب بالبزل أو المص السيفوني - مضار السحب بالبزل هي تكرار البزل ، وصغر الابرة المخوفة التي تستعمل مما يجعلها عرضة للسد بقطع من الخثر أو الجلط . ويمكن سحب السائل بالمص السيفوني الذي لا ينفذ الهواء بأنبوبة واسعة بطريقة سهلة سريعة خفيفة بجهاز مانسون^(١) الذي يستعمله لتصفية الخراج الكبدي

(٢) يقل الضغط في باطن الرئة في الشخص السليم ، في أثناء الشهيق ، ولكن تختلف درجة الضغط السلبي كثيراً باختلاف سهولة دخول الهواء ، خلال المسالك الهوائية الى الرئة ، ويزداد الضغط السلبي بأي انسداد في المسالك الهوائية . فاذا كان عند الشخص فتحة في الجدار الصدري يضاف الضغط السلبي الشهيق الى ما للرئة من المرونة الطبيعية لاحداث التباعد ما بين طبقتي البلورا والهبوط الرئوى ، وهي مسألة عظيمة الشأن في أثناء التخدير . ولهذا السبب يلزم التحرز التام لمنع أى انسداد في المسالك الهوائية في أثناء عمليات الصدر . ولعل الطريق الصناعى خير الطرق لهذا الغرض ولتعلم أن الحبال الصوتية ، في الشخص السليم ، تتباعد ، في أثناء الشهيق ، للسماح للهواء بالدخول غير معارض ، وتقتارب ، في أثناء الزفير ليزداد الضغط الرئوى (في

باطن الرئة) . فزيادة الضغط الرئوى فى أثناء الزفير ، بهذه الطريقة ، تعوّض ما قد يعرض من هبوط الرئة ، فى أثناء الشهيق عند وجود فتحة فى الجدار الصدرى . ويساعد هذه الطريقة السعال بقوة التمددية الدفعية . لكن المريض المصاب بانسكاب كبير ، عفن ، غير موضعى يكون غالباً ، أضعف من أن يستطيع تقريب حباله الصوتية تقريباً كافياً للسعال أو لبقاء الضغط الضرورى فى الرئتين فى أثناء الزفير . وعلى ذلك تهبط تدريجاً الرئة المصابة ، ولا يمكن أن يتصفى ما فى الصدر من محتوياته العفنة ان لم يستبدل به هواء ، أو يستفرغ بوسائل صناعية تقوم مقام ما فقدته الطبيعة من الضغط

والرأى عندى ، من ملاحظاتي ، أن المريض الذى عملت له عملية التصفية بالفتح فى الجدار الصدرى ، للامبايما العامة ، والذى يكون أضعف من أن يسعل ، غالباً ، ان هذا المريض لا بد أن ينحدر ، تدريجاً ، الى قبره . وربما أمكن التغلب على هذه الصعوبة ، باستعمال جهاز على الوجه ، يسمح للهواء بالدخول بسهولة ، فى أثناء الشهيق ويعوق خروج الهواء لدرجة ما ، فى أثناء الزفير . وقد حاول هارولد باروز^(١) الحصول على هذا الجهاز ، لكنه لم يوفق لأنه لم يستطع أن يعبر عما يريد تماماً الى صانع الجهاز . (٣) « سحب الانسكاب بطريقة أن يستبدل بالوسائل هواء أو غاز آخر فى الأحوال الآتية^(٢) :

- ١ - الانسكاب الدموى اذا كان عظيماً
 - ٢ - الامبايما اذا كانت درنية حقيقية
 - ٣ - الانسكاب المصلى فى الأحوال الآتية :
- (أ) اذا كان الانسكاب عظيماً يصحبه زيغ فى الحجاب المنصف
 - (ب) اذا أحدث ضيقاً
 - (ج) اذا لم يمتص سريعاً
 - (د) اذا كان يتزايد
 - (هـ) اذا أردنا الحصول على صورة بالأشعة للصدر تكون واضحة

(١) Harold Burrows.

(٢) نقلا عن المجلة الاكلينيكية العاصرة بتاريخ ٩ يناير سنة ١٩٢٤

(و) اذا كان المريض مصاباً بحمى ووجد باسيل الدرن فى بصاقه ، وكان

هناك اشتباه فى اصابة الرئة فى ناحية الانسكاب . ويحسن ، وقتئذ ،

ابقاء الهواء فى تجويف الصدر

«ولسائل أن يسأل : لم يلزم سحب سائل الانسكاب ؟ ولاشك عندى أن الأفضل ترك أغلب الانسكابات المصلية وشأنها . وكثيراً ما يحدث ضرر من التعرض لها ، فاذا ما ظهرت دلالة مما ذكر وجب التدخل ، وذلك للأسباب الآتية :

١ - اذا أهمل الانسكاب العظيم زمناً طويلاً فكثيراً ما يفضى الى ضخامة البلورا ، وضعف فى تمدد الرئة ، وانعاج فى الجدار الصدرى

٢ - وقد يعقب ذلك تغيرات ثانوية ، فيعترى الرئة التهاب ليفى ، وتمدد الشعب

٣ - قد لا يزول السائل ويبقى .

» وتفضل طريقة الاستبدال عن البزل الاعتيادى للأسباب الآتية :

اذا بزل تجويف البلورا بالطريقة الاعتيادية ، أخذ المريض فى السعال ، وشعر بضيق وألم فى صدره بعد استفراغ نحو لتر من السائل . فاذا استمر البزل نشأت أعراض أخرى أشد مثل النفث الدموى ، وعسر التنفس . وقد تحدث أزيما حادة فى الرئة . والمعتاد وقف البزل قبل كل ذلك ، أو انقطاع السائل من نفسه ، ولما يخرج من الصدر أكثر من نصفه .

«لم تحدث هذه الأعراض الرديئة ؟ لحدوث ضغط سلبى شديد فى تجويف البلورا والجدار الصدرى صلب غير مرن ، والرئة لا تستطيع أن تتمدد تمداً طبيعياً ، دفعة واحدة ، ولا يستطيع القلب والحجاب المنصف الرجوع لموضعهما الأسمى مباشرة . ومن الخطأ أن تعتقد أن الانسكاب فى تجويف البلورا يكون تحت ضغط ايجابى ، لأنه ليس كذلك . ففى كل شهيق تجذب الرئة ، فى الناحية السليمة ، الحجاب المنصف ، وهذا هو سبب زيغ القلب . أما فى أثناء الزفير ، وفى أثناء السعال ، فالضغط يصير ايجابياً

«فاذا شعر المريض ، فى أثناء البزل ، بألم أو ضيق فان دخول الهواء الى الصدر مما

يخففه مباشرة

واليك مثالا لتوضيح ما أقول :

أصيب شاب في التاسعة عشرة من عمره بالانزلة الوافدة . وفي بضعة أيام ظهر عنده التهاب شعبي رئوي ، وفي اليوم التاسع ظهرت عنده علامات انسكاب عظيم في البلورا ، وبدأ عليه المرض الشديد . ورأيت أن بالناحية اليسرى من الصدر أصمية شديدة ، وإن القلب زاع إلى الجهة اليمنى زيفانا عظيما ، وبالاستقصاء ظهر صديد بلون بني مائل للحمرة ، وكان منظره فظيما مما دل على عدوى بالبذرة السبحية^(١) الخبيثة جدا . ولقد كان زيفان القلب عظيما مما دفعني إلى البزل ، حالا ، رغم نشاط الالتهاب الرئوي . وقد استخرجت نحو لتر من الصديد ، وإذا بالمرضى يصيح متألما ، وقد علت وجهه زرقة فأوقفت البزل حالا ، وفصلت الأنبوبة من القارورة ، ووضعت قطعة من القطن على فتحتها . فدخل الهواء خلال الأنبوبة ، إلى تجويف البلورا ، وتحسنت الأعراض مباشرة . فاستخرجت لترا آخر ، وأنا أسمح للهواء بالدخول من وقت إلى آخر ، على نحو ما ذكر . ألا ترى أن دخول الهواء في الصدر ، كان كالسحر تأثيرا في إزالة الأعراض . إن الكتب الطبية لم تبين تماما ما لزيادة الضغط السلي في تجويف البلورا من الألم .

أما فوائد طريقة الاستبدال فهي :

- (١) عدم الحاجة إلى قوة .
- (٢) عدم أحداث تغيرات في الضغط في تجويف البلورا
- (٣) عدم تكليف الرئة شيئا من المجهود لعدم أحداث ضغط سلبي
- (٤) عدم ظهور العوارض التي ترى في الطرق الأخرى ؛ كعسر التنفس ، والألم والسعال ، والنفث الدموي ، وأزيميا الرئة ، والموت الفجائي
- (٥) هذا إلى أن من الممكن استخراج جميع السائل ، بهذه الطريقة ، على غير ما هي الحال بالطرق الأخرى ، مما يمكن التحقق منه بالأشعة . فقد استخرجت بدفعة واحدة نحو ٤ لترات من السائل ، مستبدلا به غاز الأكسجين ، وقد تمددت الرئة تماما في ثلاثة أسابيع

(١) Streptococcal infection.

أغلاط الجراحين (٧)

ولعل هذه الطريقة مما يعجل بالشفاء ، ويحول دون تجمع السائل ، مرةً أخرى ، بعدم احداث ضغط سلبى شديد من جية ، وبإدخال الأكسجين من الجهة الأخرى . وزمما كان لهذه الطريقة، أيضاً، الفائدة العلاجية التى تشاهد عقب فتح البطن وتعرضه للهواء ، فى أحوال التدرن البريتونى . وكثيراً ما رأيت الانسكاب فى تجويف البلورا يعود بعد بزله ، مراراً ، ثم ينقطع بعلاجه بهذه الطريقة ، وتتحسن صحة المريض . ولتعلم أن الهواء أو الغاز الذى يدخل فى تجويف البلورا يتمص سريعاً ، فتنجذب الرئة أنجذاباً ثابتاً تدريجاً فتتمدد . ويمكنك ، أيضاً ابقاء الهواء فى التجويف ، إن أردت ومن المزايا سهولة الحصول على صورة بالأشعة مما يعرفك حالة المرض الذى فى الرئة من ورم وخلافه

أما الاستبدال فيعمل بالطرق الآتية :

١ - الاستبدال الاتفاقى

٢ - الاستبدال الذاتى

٣ - الاستبدال بالتحكم بالمانومتر

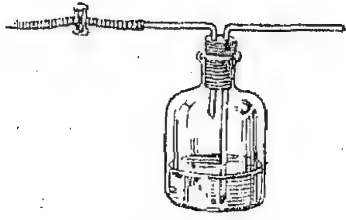
فأما الاستبدال الاتفاقى فيحدث بدخول الهواء فى الصدر خلال الابرة المجوفة ، لانزلاق الأنبوبة ، أو لتغيير القارورة . وهذه الطريقة ليست حميدة لتلوث التجويف بالهواء ، وإن كان ذلك نادراً

وأما الطريقة الثالثة ، وهى طريقة الاستبدال بالتحكم بالمانومتر فطريقة مضاعفة لا تصلح للعمل بها

وأما الطريقة الثانية وهى طريقة الاستبدال الذاتى فهى الطريقة التى يمكن العمل بها فى الأحوال الاعتيادية

ولقد جربت طرقاً كثيرة ، ارادة استعمال ابرة واحدة، ولعل الأفضل ، الاستبدال الذاتى ، استعمال ابرتين

يعمل البزل فى أدنى موضع ممكن من تجويف البلورا ، وتوضع ابرة قارورة الاستبدال الهوائى فى موضع أعلى . وأفضل وضع للمريض هو الوضع الجالس منحنياً الى الأمام على وسادات . وبعد استخراج مقدار معين من السائل تفك ماسكة الأنبوبة ، فيدخل

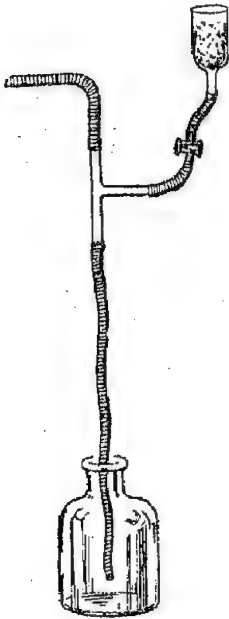


(شكل ٢)

قارورة فيها محلول فنيك بنسبة ٥ في المائة ، وتخرج من فيها أنبوتان زجاجيتان ، احدهما متصلة بأنبوبة من المطاط وعليها ماسكة وتتصل بالابرة التي تدخل في تجويف البلورا

الهواء بفقاع في القارورة ، ومنها الى تجويف البلورا . ثم يستأنف البزل ، فيدخل الهواء دخولاً ذاتياً حتى يستخرج السائل كله وهناك طريقة لا تقضى إلا بإبرة واحدة وهي كما يأتي :

يوصل بالابرة المجوفة البازلة أنبوبة طويلة تصل الى الأرض تقريباً . ويوضع بالقرب من طرفها العلوى أنبوبة زجاجية على شكل T ويوصل بساق الانبوبة الزجاجية أنبوبة أخرى بماسكة ويثبت في طرف الأنبوبة الأخيرة كأس زجاجية يوضع فيها قطن معقم . ثم نرسل الابرة المجوفة الى تجويف البلورا ، فيخرج السائل بقوة الجاذبية ، وبعد استخراج مقدار معين من السائل يكفي لتوليد ضغط سلبي عظيم نفك الماسكة ، فيدخل الهواء بعد تصفيته خلال القطن الذي في الكأس ، الى الأنبوبة ، ومنها الى تجويف البلورا . وعيب هذه الطريقة صعوبة استخراج المقدار الأخير من السائل (انظر شكل ٣)



(شكل ٣)

واذا أردت أن تدخل الأكسجين بدل الهواء فأبسط طريقة أن تملأ القارورة التي في الشكل الثاني بالأكسجين ، قبل البدء في العمل ، وأن تملأ قارورة أخرى بالغاز أيضاً وتوصل القارورتان بالأنبوبة فهذا مما يدخل مزيجاً غازياً معظمه من الأكسجين »

التصفية بالفتح

لا بد أن يسترشد الجراح ، في اختيار موضع الشق ، بموضع الصيديد . ولذلك يحسن الاستعانة بالمحقنة الاستقصائية قبل اجراء العملية لمعرفة حدود الصيديد ولأخذ عينة منه وإرسالها للطبيب البكتريولوجي . وليس يستطيع الجراح أن يعتمد الاعتماد كله على

موضع الصديد ، لأن عظم اللوح يغطى جزءاً كبيراً من الجدار الصدري الخلفي ، ولأنه لا يحسن أن نصفى الصديد خلال الإبط أو بالقرب من زاوية الأضلاع ، إذا استطعنا غير ذلك . وخير موضع للتصفية أن تكون إما في الجدار المقدم من الصدر من الضلع الثانية الى الضلع الخامسة ، إذا كان التجمع الصديدي في مقدم الصدر ، وإما في الضلع الثامنة أو التاسعة في الخط اللوحى أو في الضلع الثامنة في الخط الإبطى الوحشى إذا كان التجمع الصديدي في خلف الصدر . وإذا أردنا التصفية لسبب ما في الخط المتوسط للإبط فالفتحة لا تعمل أسفل الضلع الخامسة

وكثيراً ما يخطئ الجراح ، لسوء الحظ ، في اختيار الموضع ، مدفوعاً بما توصى به الكتب الجراحية والمجلات الطبية ، إذ توصى بعمل الفتحة في أكثر المواضع انحداراً لسهولة التصفية . وقد وصى بعضهم باستئصال الضلع العاشرة للتصفية . ولست أدري كيف يوصى القوم بذلك ، ولا شك عندي في أن الجراح الذى يعمل برأيهم لا بد أن تصادفه نكبات

وإليك السبب في عدم تجاوز الحد الأسفل الذى ذكرته :

لنحسب أن الجراح قد استأصل ، مثلاً ، جزءاً من الضلع التاسعة ، في الخط الإبطى الخلفي ، أنه لا شك كاشف عن الكبد أو الطحال غالباً . والسبب واضح ، لأن الرئة لا تمتد الى الضلع التاسعة في الخط الإبطى الخلفي . هذا الى أن ورقى البلورا الجدارية والحاجزية ، تكونان متلامستين . في هذا الموضع ، وكثيراً ما تلتصقان إذا عرض لهما الالتهاب . وعلى ذلك فقد يخرق الجراح الورقتين ، دون أن يعثر على التجويف الذى يشده ، وقد يتمادى فيخرق الحجاب الحاجز أيضاً . وهو في هذا الموضع أرق مما يتوهم البعض . واعتقد أن هذه الغلطة شائعة ، قياساً على ما سمعته من زملائي . ويروى بعضهم أنه حضر تشريح جثتين كان سبب الوفاة فيهما الالتهاب البريتونى العام الناشئ عن هذه الغلطة . والأمثلة التى انتهت بالوفاة كثيرة . ويقول هارولد باروز معترفاً إنه من الذين وقعوا في هذه الغلطة . ولا شك أن في الاعتراف تخفيفاً لعذاب الضمير ولنحسب أن الجراح قد فتح الامبايما بغير أن يؤذي الحجاب الحاجز ، في هذا

الموضع الأدنى ، فإنه لا يستطيع أن يصل الى غرضه من التصفية الجيدة لأن الحجاب الحاجز بلامسته الجدار الصدري أعلى الفتحة يحجز الصديد هناك . وكثيراً ما دُعيت لاستئصال جزء من ضلع في مستو أعلى لتسهيل التصفية التي لم تتم بعملية سابقة

وكما أن الفتحة قد تعمل أسفل مما يلزم فقد تعمل أعلى مما يلزم أيضاً . فإذا كان المريض راقداً على جانبه السليم ، ويده المقابلة معلقة على حافة المنضدة ، أو مسنودة بمسند العضد ، يدور عظم اللوح قليلاً ، ويزاح جانباً للكشف عن مساحة في الجدار الصدري يعطيها عظم اللوح ، والمريض مضجع في سريره . وهذه المساحة التي كشف عنها عظم اللوح ليست مغطاة بعضلات كثيرة مما يغري الجراح لعمل التصفية في هذا الموضع . فإذا عاد عظم اللوح الى موضعه الأصلي تعرض للفتحة ، وتولى المريض الضجر لأنه يتألم كلما وضع ذراعه في موضع راحتها

أما الحدود الخلفية التي تؤمن فيها تصفية الامبايما فتتوقف على الطريقة . فإذا عملت التصفية السيفونية بجهاز مانسون لخراج الكبد فلا بد من اختيار موضع تكون فيه الأضلاع منفصلة انفصلاً يسمح بمرور أنبوبة الآلة البازلة . ويكون هذا الموضع أمام الخط الابطى الوحشى لا خلفه ، وان اختلفت الصدور

وإذا أردنا عمل شق بسيط بدلاً من استئصال جزء من ضلع ازداد شأن موضع الاختيار . وإياك أن تعمل هذا الشق خلف زاوية اللوح . والسبب في هذه القاعدة وجود الشريان الذي يتفرع منه الشريان بين الأضلاع بالقرب من زاوية الضلع ، ويذهب الى الأسفل والأمام ويعبر المسافة ما بين الأضلاع منحرفاً . والوعاء كبير الحجم يجوز أن يصاب بالشق بين الأضلاع اذا كان الموضع في غير محله أى اذا كان في الخلف البعيد . واذا قطع الشريان فليس يقتصر الضرر على صعوبة ضبطه بل الضرر كل الضرر في النفاذ عنه لحدوث النزف داخل تجويف البلورا . ويقول جيمس برى^(١) إنه رأى حالة نزف داخل تجويف البلورا من شق صغير خلال المسافة ما بين الأضلاع ولم يعرف الجراح ما حدث حتى وصل المريض الى المشرحة

لهذا يتحسر الجراح على محاولته علاج الامبايما بالشق البسيط . هذا الى أن التصفية بهذا الشق البسيط لا تفي بالمرام لضيق المسافة . ولتعلم أن من السهل استئصال جزء من الضلع بالمخدر الموضعي ، بغير نقل المريض من سريرده ، اذا كان في ثقله شيء من الضرر ، لأنني لا أرى للجراح عذراً لمعالجته الامبايما بالشق فيما بين الأضلاع إلا لشدة المرض ، وما هي بعذر

واذا اعتزمنا على استئصال جزء من الضلع أمكن توصيل الشق ، من الخلف ، الى الزاوية الضلعية . وأزعم أن اصابة الشريان بين الأضلاع في هذا الموضع أقرب منها اذا عملت العملية أقرب الى الأمام . وعلى أي حال فليست المضاعفة مما يصعب علاجها بل ليست مما يقرب حدوثها اذا عني الجراح عناية تامة في أثناء نزع السمحاق من الضلع



فصل التاسع

الثدى

سرطان الثدى

قد يصعب على الجراح التحقق من تشخيص سرطان الثدى . فاذا ذهبت الى الجراح مريضة بورم في ثديها لاستشارته ، وكان هذا الورم بالعلامات الإكلينيكية للسرطان ، فماذا عسى أن يقول الجراح . أينصحها بقبول عملية الاستئصال الكامل للثدى على فرض أن العلامات الاكلينيكية كافية للتحقق ، أم يشير عليها باستئصال الورم فقط واعناته للفحص ، حتى اذا ما ظهر أنه خبيث استدرجها لعملية الاستئصال الكامل ، أم يترك الحكم النهائي حتى يعمل شقاً استقصائياً فيستخرج قطعة من الورم يفحص عنها طبيب باتولوجي يحضر لهذا الغرض ؟

فأما الرأي الأخير وهو الشق الاستقصائى واستخراج قطعة يفحص عنها واذا اتضح أن الورم خبيث عمد الجراح الى عملية الاستئصال الكامل بطريقة وخيمة العاقبة يقوم عليها اعتراض وجيه . ذلك لأن شق السرطان بهذا الشكل مما يدعو الى تفرق بعض الخلايا السرطانية فى نواحي الجرح حيث تنبت وتتكاثر فينتشر السرطان انتشاراً سريعاً وأما الرأي الثانى وهو استئصال الورم نفسه ، ثم الفحص عنه ، ثم استئصال الثدى استئصالاً كاملاً بعد التحام جرح العملية التمهيدية اذا اتضح بالفحص أنه خبيث فطريقة تبعثنا عن مسؤولية الخطأ فى التشخيص ؛ على أن لها عيوباً . من هذه العيوب أن المريضة تخضع لعمليتين ، وتحمل النفقات دفعتين ، وقد تتراخى عن العملية الثانية صابرة لحكم المستقبل . وبالرغم من ذلك فهى الطريقة الواجب اتباعها اذا لم تكن علامات الخبيث ظاهرة . ولتعلم أن كل ورم فى الثدى إما أن يكون سرطاناً أو يتحول الى موضع سرطان فى المستقبل . ولذلك يلزم استئصاله والفحص عنه . واياك أن تهمله كيفما كان بسيطاً .

وأما الرأي الثالث وهو الاستئصال الكامل مباشرة فالطريقة التي يجب اتباعها اذا كانت علامات الخبث ظاهرة لا تحتاج الى تحقيق بالمجهر . ومن مزايا هذه الطريقة عدم شق الورم أو شق الأنسجة ، قريباً منه لما في ذلك من ضرر الانتشار . واتباع هذه الطريقة لا يخلو من ضرر الخطأ أحياناً ، لكنه نادر لا يقاس عليه . فقد استأصل جراح الثدي استئصالاً كاملاً معتقداً أن الورم سرطان لوجوده أسفل الحامة وكان صلباً مصحوباً بتقلص فيها ومضاعفاً بضخامة في الغدد اللمفاوية في الابط . واتضح بعد ذلك أنه لم يكن إلا خراجاً مزمناً . واستأصل جراح آخر الثدي كاملاً معتقداً أن الورم سرطان ولم يكن إلا ورمًا صمغياً . حقيقة إن الخطأ هنا لا يكلف المريضة حياتها ؛ لكنه يكلفها ثديها اسوء حظاً ، وهو مما يذكره الجراح متألماً طول حياته

والخلاصة أن الطريق وعراً أمام الجراح وسيقى كذلك الى أن يهتدى الطب الى طريقة جديدة لتمييز السرطان بالمصل أو خلافه . وعليه أن يجتزئ الآن بالتثبت بخبرته . فاذا عملت العملية كان من الضروري استئصال مساحة كبيرة من الجلد يكون في متوسطها الورم ويستأصل الورم ، والمواد الدهنية التي تكتنفه والجزء القصي من العضلة العظمية الصدرية ، والصغيرة الصدرية ، والمنسوج الدهني واللمفاوى في الابط وكل ذلك يستأصل صبرة لا ارباباً ارباباً

ومثل هذا الاستئصال لا شك تتبعه الصدمة التي يلزم لاتقانها أن تعمل العملية بأسرع ما يمكن ، فلا يعمل الجراح شقين حيث يكفي شق واحد

ولتعلم أن اتقاء الأعصاب تحت اللوح يضيع عليك وقتاً ثميناً الى أنه يحول دون تنظيف الموضع جيداً . ولما يحتاج الجراح الى التشریح الدقيق بعناية الا في أثناء تنظيف الأوعية والأعصاب الابطية . واياك أن تقطع فروع الوريد الابطى عند اتصالها بالوريد لأن ذلك يقتضى أربطة جانبية أو خياطة جدار الوريد . فأما الأربطة الجانبية فغير مأمونة ، وأما خياطة جدار الوريد فتقتضى زمناً طويلاً المريضة في حاجة اليه . وأهم من ذلك عدم جرح الشريان الأبطى .

وعليك ، قبل خياطة الجلد ، عمل فتحة في الجزء المنحدر من التجويف لوضع

أنبوبة تصفية خشية من حدوث تجمع دموي يعطل التهام الجرح ويعرض للتلوث .
وربما كوتن كيساً دمويًا . ويمكن رفع الأنبوبة بعد العملية بأربع وعشرين ساعة
وقد حدثت لبعض الجراحين مضاعفة غريبة عقب إحدى عملياته ، وهي الالمفزيما
الجراحية . ولم يتولد عنها ضرر . ونشأت عن توتر في الجلد الذي ضمت حافته بصعوبة
ويعتقد هذا الجراح ان حركات التنفس ربما ساعدت في امتصاص الهواء في الجرح

التهاب الثدي الكيسي المزمن

من الشائع في عملية استئصال الثدي للالتهاب الكيسي المزمن ترك الحلمة . وهذا
خطأ ولا تحسن الحلمة المنظر بعد العملية . هذا الى أنها قد لا تكون سليمة من هذا المرض
سيدة عمرها ٣٤ سنة اعترأها التهاب الثدي الكيسي المزمن وكان الالتهاب شديداً
فاستؤصل ثديها الأيسر ، وأبقيت الحلمة . وبعد العملية بأربعة عشر شهراً عادت بورم
أسفل الحلمة مباشرة فعملت لها عملية أخرى لاستئصال الحلمة والورم ، وأرسلت للباثولوجي
للفحص عنهما . وكان تقريره ما يأتي :

« الورم أدينوم . المنسوج الليفي زائد ، والقنوات متمددة كيسية الشكل . وليس
هناك علامات للخبيث »

فواضح أن المنسوج الذي ترك في العملية الأولى كان خطراً لانه كان مما
ينذر بالسرطان



الفصل العاشر

التشخيص في مرض البطن الحاد

إن التشخيص في مرض البطن الحاد موضوع طويل لا يمكن استيفاؤه في فصل واحد ، وهو أقرب المواضع الى الخطأ في الجراحة . فكل ما يقال فيه في محله وإن لم يكن وافياً .

ويمكن القول بأن أكثر الخطأ من أحد السببين : شدة الإبطاء أو شدة الإسراع . ولا زيب أن التدخل في الوقت المناسب أفضل شيء في مرض البطن الحاد وغيره . ولتعلم أنه كلما أسرع الجراح في اجراء العملية في الآفة الفجائية التي تحدث التهاباً بريتنياً أو نزفاً داخل تجويف البريتون ، أو انسداداً معوياً كان حظ المريض من الشفاء أعظم على شرط أن يكون قد أفاق من صدمته الأولية . ولقد أطنب الجراحون في ذلك في كتبهم حتى كاد يكون ذلك من الأوليات . على أن ذلك لم يمنع ما يشاهد أحياناً من التأخر الخطر ، بل المميت ، تأخيراً يمكن ملاحظته . فقد نرى كثيراً مرضى بمرض حاد في البطن بنتيجة مميتة لأن الجراح لم يطلب إلا متأخراً .

ونشاهد أيضاً هذه النتائج المؤلمة من طريقة الانتظار والمراقبة مع استعمال المركبات الأفيونية التي قد يتبعها الجراح اذا دعى ، وهو تعب ، لعلاج مريض بحالة حادة في بطنه لأنه لا يستطيع التحقق من المرض لتعبه ، ولا يجروء على ارسال مريضه حالاً لأحد المستشفيات لما في ذلك من ازعاج ذويه . فتراه وقتئذ يعتمد الى اعطائه مسكناً لتخفيف الحالة ليلاً رجاء أن يعود في الصباح للبت في أمره .

وأنت أيها الجراح لا تلم أخاك الجراح لأنك أدري بمركزه الحرج وحيرته في الأحوال التي لا تكون واضحة ظاهرة على شرط أن يكون بذل جهده وعمل أقصى ما في وسعه ، ولتعلم أن العمل صعب والنقد سهل

وعلى الأطباء المقيمين في المستشفيات وجراحها ألا يسخروا من الطبيب الذي قد

يرسل الى المستشفى مريضاً اعتقد أنه مصاب بحالة حادة في البطن ، ثم اتضح للقوم في المستشفى أنه ليس بحاجة الى عملية . فهذه الحوادث لا بد أن تحدث اذا كان على الطبيب أن يرسل للمستشفى كل من اشتبه في حالته وهو في الدور الأول المناسب للعملية . ومن الواجب أن يعتمد مثل هذا الطبيب على ولاء أطباء المستشفى واخلاصهم وتعاونهم معه في العمل .

واذا عرفت أن خطأ الطبيب العام هو الابطاء غير الضروري فلتعلم ان خطأ الجراح هو شدة الاسراع . لأنه حينما يدعى لعلاج مرض حاد في البطن تراه متأثراً من أعراض البطن مهماً الفحص عن مريضه بالتفصيل لاستجلاء مرضه واكتشافه وكثيراً ما يقع في التشخيص على الأثر .

قد فتح بعض الجراحين البطن في المغص الرصاصي ، والسّم البولي ، والأتاكسيافي الحركة، وخراج المخ ، وحموضة الدم ، وفقر الدم الشديد . نعم قد فتح البطن ، في كل هذه الأحوال خطأ ، على زعم أن المرض في البطن . وفتح البطن أيضاً في نخر العمود الفقري ، وأورامه ، وأورام الحبل الشوكي ، وانيورزم الأبر ، وفي بعض آفات الكلية ، والجهاز البولي التناسلي . وإن تعجب من ذلك فعجب فتح البطن لمرض الأحشاء الصدرية كالالتهاب الرئوي ، والالتهاب البلوروي ، والامبيما ، والانسكاب الهوائي في الصدر ، والالتهاب التأموري ، الى غير ذلك مما يحدث ألماً في البطن ، وارتفاعاً في الحرارة ، وانحرافاً عظيماً في الصحة ، ويسبب في البطن مع القيء . أمام مثل هذه الأغراض قد يعتمد الجراح النشيط الى مشراطه بغير أن يبدو عليه شيء من التردد الواجب وبغير أن يظهر شيئاً من الاحتياط الضروري . والعجب العاجب فشله ، بعد فتح البطن ، في الوصول الى التشخيص الحقيقي . وكثيراً ما كشف التشريح بعد الوفاة عن حقيقة المرض للطبيب ، وإن شئت فقل عيبه ، ولا تبال ، فالكمال لله وحده . ولتعلم أن العيب كل العيب هو عدم فحصك عن المريض فحصاً دقيقاً كاملاً . ولتذكر أيها الجراح أن الجزء السفلي من الصدر لا يثبت إلا بيبس العضلات البطنية . ولتذكر أن الألم قد ينعكس في البطن اذا كان المرض في مواضع أخرى . ولتذكر أن القيء عرض متغير

ينشأ عن أسباب كثيرة مختلفة ؛ وانه هو نفسه قد يحدث ألبا فى البطن ومضاضة .
والواجب يقضى ألا يقصر الجراح همه على الأعراض البطنية المفروضة فقط . وألا
يقصر فحصه عن البطن بل يلزم أن يفحص عن المريض كله فحفاً دقيقاً كاملاً

ولهذه الأغلاط فى التشخيص أسباب . منها شدة الاسراع ، ومنها العادات
الكلينية الغافلة ، ومنها الميل والانحراف . فقد ينصرف الجراح بكل فكره لاضطراب
البطن ، ويفغل الفحص عن المريض فحفاً تاماً . فينسى ، مثلاً ، الفحص عن البول ،
والفحص عن الصدر ، والعمود الفقارى ، والمجموع العصبى ، ولا يقيم وزناً لما يذكره
المريض من نوبات الصداع الشديد ، والاعماء ، الى غير ذلك من الأوجاع المختلفة .
ولا تكون النتيجة إلا الضلال فى التشخيص .

وقد يخطئ الجراح فى التشخيص اذا عول على أعراض فردية . فكما أن المسافر
لا يمكن أن يهتدى الى طريقه بمنارة واحدة فكذلك الجراح لا يهتدى الى المرض
بعرض واحد . وعلى الجراح ألا يستنتج من العرض أكثر مما يدل . فقد يقول البعض
إن فقدان الأصبمة الكبدية دليل على وجود اصابة نافذة فى الامعاء . ويقول البعض
الأخر إنه استفاد من خبرته عدم التعويل على هذه العلامة . والصواب أن لهذه
العلامة شأنًا عظيمًا فى التشخيص اذا وجدت مع علامات أخرى ، واستنتج الجراح
رأيه فى التشخيص من مجموع الأعراض والعلامات . أستطيع أن تتعرف صديقك من
عينه ، أو أذنه ، أو أنفه ؟ كلا ثم كلا . وكذلك أنت أيها الجراح لا تستطيع أن تعرف
المرض من علامة واحدة أو عرض واحد .

على الجراح أن يتحرى جميع الأعراض والعلامات وينظر اليها جملة واحدة ليكون
رأيه باذلاً جهده فى الجمع بين شتيت الأعراض ومختلف العلامات بغير أن يترك عرضاً
أو علامة قد يكون لها شأن يذكر

واليك أهم الأعراض فى الاضطرابات البطنية الحادة مع ما يمكن أن يلزمها من
الأوهام والأغلاط المعينة :

القيء

القيء عرض يلازم أمراضاً كثيرة مختلفة الأسباب . ولا يكفي وحده دليلاً على مرض البطن . فإذا علمت بحدوث القيء فعليك أن تطلب رؤية مواد القيء لتتعرف مقدار وطبيعته ، وإن تتحرى زمن حدوثه لتعرف أهو يحدث في أثناء الطعام أم عقبه مباشرة أم والمريض وحده ؛ لما لكل ذلك من الشأن

دعى أحد الجراحين للفحص عن مريضة لعمل عملية وصل المعدة بالمعى ؛ لأنه كان يعتريها القيء بنوبات متكررة ، وهذه النوبات زادت أخيراً ، شدة وكثرة . فلاحظ الجراح أنها كانت بكاء ، ولم يأخذها هزال ، وأن من خواص القيء عندها حدوثه مع دوار ودوى في الأذن . ألا ترى أنها كانت مصابة بمرض ماثير ؟

وأحياناً يحدث بعض المرضى القيء من تلقاء أنفسهم لازعاج من حولهم أو لكسب عطفهم ادعت سيدة أنها قيء دماً ، وقالت إن طبيباً عظيماً أشار عليها بعملية في المعدة . وظهر ، أخيراً ، ما استوجب الشك في دعواها . فأرسلت الى أحد المستشفيات حيث اتضح أمران :

أولهما أن القيء لم يكن إلا ملوثاً بالدم بحالة لا يظن معها أنه من المعدة .

وثانيهما أن القيء لا يحدث إلا وهى وحدها . أى أن القيء لم يكن يحدث إلا بمجهودها وأنه غير ناشئ عن آفة في المعدة أو في أعضاء البطن الأخرى .

ويمكنك بالفحص عن القيء أن تستدل على سببه . ففي التهاب البريتونى الحاد يتكرر القيء ، وتتخذ مواده ، بعد بضع مرات ، شكلاً صفراوياً ، ويبقى كذلك الى أن يصير برازياً في الدور الأخير . أما في الانسداد المعدى فالقيء برازى ؛ إلا أن يكون الانسداد عالياً في المعى الدقيق . هذا إلى أنه ، في الانسداد ، أغزر منه في التهاب البريتونى . ولا ريب أن هذه المعلومات كلها قد لا يستفيد منها الجراح إلا برويته القيء بنفسه

الألم

إن الألم عرض مهم في المرض البطني الحاد . ولا يكون الألم دليلاً على المرض البطني إلا إذا رافقته أعراض أخرى ، لأنه هو وحده قليل الشأن من الوجهة التشخيصية . فالألم في البطن قد يكون سببه خارج البطن . هذا الى أن بعض أحوال الالتهاب البريتوني قد تخلو من الألم . ولعل اعتماد بعض الجراحين كثيراً على الألم المعدى والقيء هو السبب في فتحهم ، بغير مبرر ، البطن لعلاج الأعراض الناشئة عن الأتاكسيا الحركية والسلم الرصاصي ، والامبايما ، والالتهاب التأموري . فليحذر الجراح من التأثير ببعض أعراض معينة مجتزئاً بها عن الفحص عن المريض فحصاً كاملاً . ومن اهتمامك بالألم معرفتك طبيعته بالاستفهام عن منشأ الألم ، وعن الموضع الذي هو فيه أشد ساعة الفحص ، وعن شدته ، وهل يظهر ثم يغيب . كذلك يلزم أن تسأل هل سبق للمريض هذا الألم ، وهل لظهوره علاقة بوقت الطعام

استشار مريض جراحاً متوفراً على جراحة البطن لغسر شديد في الهضم . فلما سألته الجراح عن وقت حدوث الألم ، أجاب المريض أنه يحدث غالباً وقت صعود السلم واتضح أنه مصاب بمرض في صمام الأورطي مصحوب بذبحة صدرية .

المضاضة

مضاضة البطن أنفع غالباً للجراح من الألم ولا سيما لتحديد موضع المرض في البطن على أن من الضروري التمييز بين المضاضة الناشئة عن التهاب تحت الجلد وبين المضاضة الناشئة عن أسباب عضلية عصبية . ويتم ذلك بالمقابلة بين ما يظهره المريض من التألم بالضغط وهو موجه فكره لمرضه ، وبين ما يظهره وقد ألهاه الجراح بمحاورته . وكثيراً ما ترى أنك مضطر لخضم حطيطه كبيرة من أقوال المرضى ولا سيما السيدات منهم ، قبل قبولك العمل بها . وهناك شيء جدير بالملاحظة . وهو أن القيء نفسه كثيراً ما ما يحدث مضاضة في البطن أكثر ما تكون في القسم الشراسيفي .

والمراد بالمضاضة البطنية الضغط اللين الغائر باليد وهي دفئه تميزاً لها من المضاضة السطحية التي هي زيادة في إحساس الجلد .

يبس البطن

لا يحتاج هذا الموضوع إلا الى قليل من الملاحظات واليكها :

- (١) يلزم أن تكون الأيدي دافئة لجس البطن لأنك لا تستطيع تعرف حالة العضلات البطنية إذا كانت الأيدي باردة
- (٢) يحتاج الجراح الى معرفة الموضع الذى يكون فيه اليبس أكثر ليستدل على موضع المرض .

قد يصعب على بعض الرجال إرخاء عضلات البطن ولا سيما من كانت عضلاتهم قوية . ولتغلب على هذه الصعوبة يلزم ثنى الساقين على الفخذين ، والفخذين على البطن ، وسند الكتفين ، وأمر المريض بالنهد . ولا تنس أن يبس عضلات البطن قد يكون علامة على مرض الصدر ؛ وهو وقتئذ مجهود منعكس لتثيت الجزء السفلى من جدار الصدر . وهى مسألة قلما تلاحظ

الامساك

ان خمود الحركة الديدانية المعوية من أعراض المرض البطنى الحاد ، وهو من عمل الطبيعة لضمان راحة الأنسجة المأوفة . على ان هذا العرض غير مطرد فالالتهاب الحاد للزائدة الدودية ، مثلاً ، قد يطرأ والمريض عنده اسهال . وعلى ذلك لا يكون عدم الامساك دليلاً على عدم وجود آفة التهاية فى البطن

وللامساك خطر فى أحوال المرض البطنى الحاد سواء أكان المرض مصحوباً بالتهاب بريتنوى أم بانسداد معوى . هذا الى أن الامساك نفسه قد يحدث أعراضاً بطنية شديدة قد تدعونا الى اعطاء المريض مسهلاً لكي نتحقق من أن الامساك ليس سبب الأعراض . فجرة زيت الخروع اذا أعطيت المريض بالتهاب فى الزائدة الدودية أو بانسداد معوى قد تحدث ضرراً عظيماً ، وما أكثر من ماتوا ضحية بدء العلاج بمسهل فى مثل هذه الأحوال ؛ لأن تأثير زيت الخروع فى الزائدة الدودية المتهبة هو كتأثير تحريك المفصل المتهب التهاباً حاداً . فان استحسننا اطلاق البطن فلتعتمد على الحقنة الشرجية فقط

وما من سبيل لانتقاء خطر الالتباس في الامساك وعواقبه وحسبه آفة شديدة ليس من السهل علاجها

فقد استشار أحد المحامين جراحاً في وحيته . وفي أثناء المحاورة أظهر المحامي شيئاً من عدم الثقة بالأطباء فراجعهُ الجراح في ذلك ، فقصَّ عليه القصة الآتية :

« شكت أختي ، ذات يوم ، من ألم في المعدة ، فاستدعيت طبيباً لها . ففحص عن مرضها وهز رأسه قائلاً أنه لم يتحقق المرض ويحتاج الى رأى آخر . فأجبتة الى طلبه ، وأحضر معه الطبيب . وبعد أن فحصا عن أختي معاً عبسا في وجهي وطلبا رأياً ثالثاً . وقد حضر الثلاثة عصر اليوم . فاشتد قلقهم جميعاً وقالوا لي إن العملية ضرورية . وسيعودون جميعاً في المساء لابتداء رأيهم النهائي . وبعد خروجهم زارتنا ممرضة تجمعنا وإياها رابطة المعرفة والصداقة . ولقد كان أول قولها : أعمل لها حقنة شرجية ؟ ولما كان الجواب سلباً اقترحت عملها ، وعملتها هي نفسها . وكان التأثير جميلاً ؛ لأن أختي تحسنت مباشرة . فلم لم يفكر الأطباء الثلاثة في الحقنة الشرجية ؟ »

وليس مغزى هذه الحكاية الخط من شأن أفضل مهنة وأشرف صناعة . بل المغزى هو توضيح فائدة الحقنة الشرجية

النبض البريتوني

يחס النبض البريتوني في أحوال التهاب البريتوني . وخواصه السرعة ، والدقة ، وزيادة الضغط . يشاهد هذا النبض في الدور المتوسط للالتهاب البريتوني أى قبل انخراط المريض . فان لم تجد هذا النبض في الأحوال التي تزعم أنها التهاب بريتوني فلتترث في التشخيص . ولتعلم أن النبض البريتوني قد لا يطرد في جميع أحوال المرض البطني الحاد . ففي الأدوار الأولى من انتقاب القرحة العفجية ^(١) ، أى بعد ساعتين من الانتقاب قد لا يتجاوز النبض الثمانين أو التسعين ، ولا يكون سريعاً ، دقيقاً زائد الضغط . هذا الى أن استعمال بعض العقاقير كالغول والمورفين قد تمحو خواص النبض البريتوني . وعلى ذلك فوجود النبض البريتوني وانهماؤه مما يستدعى التعرف والتحرى

(١) نسبة الى المفج أى الاثنى عشرى

واليك حادثة مفيدة تدل على خداع العلامات الطبيعية :

سيدة عملت لها عملية الزائدة الدودية . وبعد قليل جس الجراح نبضها فوجده سريعاً سرعة شديدة فروع ، معتقداً بطارىء في البطن مما دعاه الى فتحه ، لكنه لم يجد شيئاً . وأخيراً اتضح أن السيدة معتاد عندها حدوث نوبات زيادة في سرعة النبض وكانت السرعة التي جسها الجراح احدى هذه النوبات

ارتفاع الحرارة

أما مسألة ارتفاع الحرارة فغير عظيمة الشأن إلا أن تكون مصحوبة باعراض أخرى . وليس ارتفاع الحرارة دليلاً أكيداً على الالتهاب البريتوني في حالة الشك ؛ لأن هذا الارتفاع قد ينشأ عن أسباب أخرى . هذا الى أن الالتهاب البريتوني قد يشاهد بغير ارتفاع في الحرارة ولا سيما في الأدوار الأخيرة ، أو اذا نقل المريض من مكان الى آخر . وليس من النادر مشاهدتك المريض بالالتهاب البريتوني الشديد ساعة حضوره الى المستشفى بانخفاض في الحرارة . أما في الأدوار الأولى فقد تكون الحرارة طبيعية أو مرتفعة قليلاً

سرعة التنفس

قد تقدم القول بأن من المحتمل أن تنسب الى البطن الأعراض الناشئة عن أمراض الصدر . وليس من النادر تقيض ذلك ؛ أي أن تنسب إلى الصدر الأعراض الناشئة عن أمراض البطن . ومن بواعث هذا الخطأ سرعة التنفس التي تشاهد أحياناً في أحوال الالتهاب البطني ، ولا سيما إذا كان الالتهاب في الجزء العلوي من التجويف البريتوني ، كأن يكون مثلاً في المرارة ، فيقتضى ذلك تثبيت الحجاب الحاجز والجزء السفلي من الصدر ، وهذا مما يقلل الهواء الداخل إلى الصدر مما يزيد سرعة التنفس . هذا إلى أن سرعة التنفس قد تزداد بتأثير الحمى التي تكون موجودة .

وليس هذا الخطأ وهمياً ؛ فقد يقع الطبيب الحاذق في حيرة لعدم اهتدائه الى المرض

المزعوم في الصدر بينما تكون الأعراض ناشئة عن خراج تحت الحجاب الحاجز. وتعلم أن سرعة التنفس ليست بالعرض الوحيد الذي ينسبهُ الطبيب إلى مرض الصدر بل هناك عرض آخر وهو ضعف التنفس في قاعدة الرئتين من نقص الهواء الداخل في القاعدتين ، ولا سيما إذا رافق ذلك هبوط في المنسوج الرئوي

وليس بدعا صعوبة التمييز بين أمراض الصدر والبطن فالتجويف الصدري والتجويف البطني في الجنين قسمان لتجويف واحد . وإن يكن التجويفان منفصلين من الوجهة التشريحية في الكبر فهما باثولوجيا متصلان . ويتضح هذا الاتصال من تعاقب امراض البلورا والبريتون . فمن كان عنده حالة عفنة في البطن فقد يصاب بالتهاب في البلورا أو بالامبايما

وقد حدث ذلك كثيراً اثناء الحرب العظمى اذ كان المصاب بجرح ناري في البطن والذي عملت له العملية بنجاح يشاهد مصاباً بحالة عفنة في البلورا وليس نادراً امتداد العفونة من البلورا الى البريتون

ويروى بعضهم حادثة جديرة بالذكر لما فيها من اصابة الصدر والبطن معاً ، وهي : « بينما كنت في حملة في أفريقيا الجنوبية الغربية الألمانية دخل مصاب في المستشفى كان يشكو بألم شديد في بطنه ، مدة أربعة أيام . وقبل قبوله في المستشفى بأربع عشرة ساعة كان الألم حاداً جداً . كان عنده قيء وإمساك لكن لم يكن عنده انسداد معوي . وكانت حرارته ٩٦ بدرجة فارنهایت . وكان النبض ٨٠ . والألم في القسم المراقى الأيمن . وأصمية الكبد في منطقة لا تتجاوز القيراطين في محاذاة الحافة الضامية ، لا أعلاها . والناحية اليمنى من الصدر طفلية بالقرع من الحافة السفلى للضلع الثانية الى حافة الأضلاع . ولم تسمع أصوات التنفس في هذه المسافة . ولم يمكن تعيين ضربات القلب في القمة » فترددت في اجراء العملية مباشرة للأعراض البطنية بسبب العلامات الرئوية .

ولم أستطع التحقق من الاصابة الأصلية الحادة أهى في الصدر أم في البطن « وقد اتضح أخيراً أن المريض مصاب بانثقاب قرحة معدية داخل كيس فتق كبير

في الحجاب الحاجز »

لا شك ان هذه حالة نادرة يكاد يكون تشخيصها قبل العملية مستحيلاً . لكنها مثال على اتفاق المرض في الصدر والبطن في وقت واحد . والغلط المتكرر أكثر ما يكون اذا نال جرح كلا التجويفين أو اذا امتد المرض من تجويف الى الآخر

الأصمية المتحركة في الخاصرة

تدل الأصمية في الخاصرة التي تحدث مكانها رنانية بإدارة المريض على الناحية الأخرى على سائل في تجويف البطن غير متكيس . ويمكن كشف السائل بهذه الطريقة قبل أن يكون غزيراً واضحاً بالارتعاش القرعى . لكن لا بدّ من الحذر وقت الاستنتاج ، لأن الأصمية المتحركة في الخاصرة قد تشاهد غالباً بحالة طبيعية . لأن الانسان اذا رقد على ظهره علت المحتويات الغازية التي في امعائه ورسبت المحتويات التي تكون أكثر رزانة فاذا غير موضعه تغير موضع المحتويات خفة وثقلاً علواً وسفلاً . ولتعلم أن هذه الأصمية المتحركة الطبيعية أقل وضوحاً وأقل مساحة منها اذا كانت عن سائل في البطن

امحاء أصمية الكبد

امحاء أصمية الكبد من الأمام ، والمريض راقد على ظهره علامة نهائية تقريباً على انثقاب القناة المعوية . ولكي تكون هذه العلامة بهذه القيمة النهائية لا بد من ظروف معينة . أولها طريقة القرع . اذ يجب أن يكون خفيفاً أو معتدلاً ، وأن يكون صوت القرع طبلياً غائراً وثانيها عدم وجود الاستسقاء الطبلي ، لأن البطن اذا كان منتفخاً طبلياً فكثيراً ما تكون المساحة الكبدية رنانة . ولا بد ، أخيراً من تذكر أن امحاء أصمية الكبد قد ينشأ عن انسكاب هوائى في التجويف البوراوى الأيمن ، أو عن دخول الهواء في البطن من جرح عملية فتح البطن ، أو خلال الحجاب الحاجز من جرح فيه مع جرح في الرئة وإليك مثلاً يوضح ذلك :

أصيب رجل بجرح طعنى في الجزء السفلى من الصدر في الناحية اليسرى . وبالفحص عنه بعد بضع ساعات وجد عنده انسكاب هوائى عظيم في الجهة اليسرى . وكان عنده ألم

شديد في البطن ويبوسة في العضلات البطنية . ولم يكن هناك انتفاخ في البطن، وكان صوت القرع في القسم الكبدي رناناً . فكان من المحتمل بسبب طبيعة الجرح وموضعه إصابة المعدة أو الأمعاء ، ولا شك ان الألم البطنى وييس العضلات ، وأحشاء الاصمية الكبدية ، كل ذلك مما يرجح هذه الإصابة . لكن بالتدبر في الأعراض والعلامات نسب الغاز الذى فى البطن الى وجود جرح فى الحجاب الحاجز ، وان هذا الجرح هو الذى أحدث الألم البطنى واليبوسة البطنية وقد كان هذا هو الواقع من هذه الحادثة يتضح خطر الاهتمام ببعض الأعراض والعلامات اهتماماً يحول دون التدبر فى سائرهما واستنتاج التشخيص منها مجموعة واحدة

الوضع وسحنة الوجه

يتخذ المريض بآفة بطنية حادة وضعاً معيناً فى فراشه ويكون لوجهه سحنة تدل على موضع الشكوى

والوضع الغالب هو الاستلقاء على الظهر مع ثنى الساقين على الفخذين والفخذين على البطن . والوضع الآخر هو بسط الفخذين . ان الاستلقاء على الظهر فى الشبان هو وضع التهاب البريتونى دائماً تقريباً . على أن من الواجب التنبيه إلى أن ذلك قد لا يطرد . فأحياناً يرى المريض ملتوياً على جانبه . أما فى الأطفال فليس من النادر مشاهدة المريض فى وضع آخر حتى مع التهاب البريتونى الشديد

أما سحنة الوجه البطنية فقد تشاهد فى غير آفات البطن . كالالتهاب التأمورى الحاد . فالسحنة البطنية ذات قيمة اذا رافقها غيرها من الأعراض الدالة على مرض البطن ولا يخفى أن استعمال المورفين وغيره من المسكنات قد يحو هذه السحنة .

مضاضة الحوض

من الأعراض التى تغفل كثيراً مضاضة البريتون الحوضي . وفى النساء والأطفال قد يستفيد الجراح كثيراً بالفحص المزدوج عن الحوض لمعرفة المرض وتحديد موضعه

الفصل الحادى عشر

الآفات البطنية

تنطبق الملاحظات العامة التى ذكرت فى الفصل الفائت فى تشخيص المرض البطنى الحاد على الآفات البطنية ؛ على أن هناك بعض أشياء بشأن الآفات البطنية جديرة بذكرها فى فصل خاص

الألم

أن الآفات البطنية الشديدة الناشئة عن عنف فجائى ، كسائر الآفات فى سائر الأعضاء لا يصحبها غالباً ألم إلا بعد حين يختلف من بضعة دقائق الى بضعة ساعات وهذه الحقيقة يجب أن تكون من أوليات الجراحة . وللتقيض حكمه . فالمصاب الذى يأخذ فى الصباح عقب اصابته مباشرة لا بد أن تكون اصابته خفيفة . على أن من الأطباء ، ومن الأطباء الحاذقين أيضاً من لا يدرك هذه الحقائق

داست عربية مغلفة صبيحاً فى التاسعة من عمره ، ومرة عجلتان منها على جسمه . فنزل صاحبها توتاً سائلاً عما لحق الغلام من الأذى ؛ فأجاب بأنه بخير لم يلحقه ضرر ، ومضى الى بيته ، وكان على بعد ربع ميل من مكان الحادثة . وأرسل طبيباً اليه ليتحرى حالته ، فعاد قائلاً إنه بخير وإنه لم يصب بسوء سوى رضوض صغيرة . وفى صباح اليوم الثانى كان الصبى فى المستشفى بحالة سيئة . وقد اتضح أنه كان مصاباً بتمزق كامل فى المعى الصائم أودى بحياته

واليك قصة ثانية :

بنت فى الرابعة من عمرها كانت تسير فى الطريق مع طفل آخر واذا بحصان عربية قد جمح ودفع الطفلين وهو يعدو فى طريقه . واستدعى طبيب لاسعافهما فوجد الطفل مرضوض الرأس ووجد البنت وهى موضوع القصة ، بحالة جيدة جالسة على كرسي تأكل كعكاً . وأنه وإن تكن عجلة العربية قد مرت عليها لم يظهر عليها شئ يدعو الطبيب

الى الفحص عنها . وجلست البنت وتناولت الشاي بغير اعراض مزعجة ثم عادت الى بيتها فاعتراها الانغماء . ونقلت الى مستشفى قريب بعلامات دالة على نزف باطنى ففتح بطنها ووجد طحالتها ممزقة وكان التمزق ممتداً الى مدخل أوعيته . صحيح أن البنت قد شفيت ، لكن أيستطيع الجراح أن ينسب اليه شرف هذا الشفاء ؟

يسمع الانسان كثيراً فى مثل هذه الأحوال ذات الآفات الشديدة قولهم « غريب إن المصاب لا يشكو الماء » والحق إن هذا ليس غريباً ، بل هو المنتظر أما فى الأحوال التى تكون أقل شدة - كتمزق العضلة المستقيمة تمزقاً جزئياً ، أو تمزق البريتون الجدارى مثلاً ، فالألم مباشر شديد ، على غير ما هى الحال فى الأحوال الشديدة اذ لا يشعر المصاب بالألم إلا بعد حين كما أسلفنا

النزف الباطنى

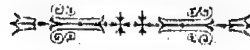
لا بد من اعنات المصاب لعملية فتح البطن ، بعد زوال الصدمة الأولية ، اذا بدا عليه الشحوب ، والهياج ، وغير ذلك من علامات النزف عقب عنف فى البطن . قد يميل الجراح الى التمهّل ، وهذا غلط لا بدّ من اتقائه . لأن التمهّل فى هذه الاحوال مهلك غالباً ؛ لأن النزف الراجع يشاهد كثيراً فى البطن ولا سيما فى أحوال تمزق الطحال ورأى بعضهم مصاباً توفى على أثر نزف راجع غزير من الطحال بعد الاصابة بأسبوع ، كما رأى أمثلة أخرى عاد فيها النزف الشديد بعد التحسن المستمر

الانسكاب الهوائى فى الصدر

قد يحسب الانسكاب الهوائى الصدرى العارضى آفة فى البطن ، وقد يصعب اتقاء هذه الغلطة . فى الأطفال ، والشبان أحياناً ، قد يحدث الانسكاب الهوائى الصدرى عن ضغط الجزء السفلى من الصدر والجزء العلوى من البطن ضغطاً عنيفاً ولو بغير كسر فى الضلوع

داست عربة طفلاً فى الشارع ، ومرت العجلة على الجزء العلوى من البطن والجزء

السفلى من الصدر . وكانت الاصابة شديدة ، وقد أمحت الأصمىة الكبدية . وما أسهل ما يفكر الجراح فى انفجار جزء من القناة المعوية أو تمزقها . صحيح ان الفحص عن الصدر بعناية يرشدنا الى الانسكاب الهوائى الصدرى لكن المعتاد اغفال الفحص عن الصدر ، أو الفحص عنه بغير عناية ، والتسرع فى تعاميل امحاء الأصمىة الكبدية بوجود الغاز المتسرب فى التجويف البريتونى من القناة المعوية . على ان الجراح قد يعرف الانسكاب الهوائى الصدرى ومع ذلك يميل ، بغير مبرر ، الى فتح البطن بغير تبصر . ولعل "أفضل ما يتبع ، فى مثل هذه الأحوال ، انتظار الطوارئ ، بمراقبة سرعة النبض والعلامات الأخرى التى تدل على اضطراب حاد فى البطن



الفصل الثاني عشر

فتح البطن

موضع الشق - تطابق العملية الاستقصائية على نوعين من العمليات . فى النوع الأول يعرف الجراح الآفة التى فى البطن ، ويعرف ، تقريباً ، موضعها ، ويكون غرضه من العملية معرفة طبيعة الآفة أو اذا عرف طبيعتها من قبل ، يكون الغرض معرفة أمممكن العلاج جراحياً . وهذا النوع قانونى شرعى . أما فى النوع الثانى فلا يعرف الجراح إلا أن فى البطن شيئاً غير طبعى ، ويكون غرضه من العملية معرفة المرض ، وطبيعته ، ومكانه . وهذا النوع سبة على الجراحة لأن اجراء العملية بهذه الطريقة معناه اهمال الجراح أو عدم حذقه فى التشخيص . واذا اطلع الانسان على جدول الأغلاط الجراحية وجد أغلبها تحت عنوان العملية الاستقصائية . وعلى فرض أن الجراح كان على صواب فى اجراء العملية بسبب وجود آفة تستدعيها فلا أقل من أن الشق الاستقصائى يكون فى غير الوضع المناسب للعمل الضرورى . والمغزى لا شك واضح . فعلى الجراح أن يفحص عن المريض فحصاً كاملاً للتحقق من أن المرض فى البطن ، وعليه أن يستعمل كل الوسائل الممكنة للاهتمام الى موضعه . ولعل اهماله المباحث بالأشعة بعد طعام البزموت أدنى أسباب الخطأ

التخدير

جراحة البطن أدعى ما يكون الى قدرة المنوم وخبرته الواسعة . فمن الصعوبات التى يلاقيها الجراح فى عمله حفظه الامعاء داخل التجويف البريتونى وادخالها بعد خروجها من فتحة البطن .

فليس من دواعى النجاح فى عملية الانغداد المعوى فى الطفل مثلاً ، ابقاء جزء كبير من الأمعاء خارج البطن اثناء الاجراءات الضرورية ؛ لأن تعرض الأمعاء سبيل الى

الصدمة . قد يستطيع المساعد كثيراً لمنع خروج الأمعاء ، لكن الذى يستطيعه النوم أكثر لأن عضلات البطن اذا لم تنقبض بالتأثير المنعكس كان من السهل اتقاء خروج الأمعاء . قد لا يستطيع النوم أن يحصل على درجة مرضية من الارتخاء البطنى بغير أن يتجاوز الحد بين السلامة والخطر . لكن من المؤكد أنه كلما كان المنوم قديراً خبيراً كان نجاحه أعظم فى منع المجهودات التى قد تحدث فى أثناء العملية

كل جراح عنده خبرة فى الجراحة البطنية لا ريب يستطيع أن يستعرض امام مذكرته ما قد صادفه من الأحوال التى طال فيها زمن العملية وزاد خطرها من جراء التنويم الغير الجيد . وليس الخطر كل الخطر ، فى مثل هذه الأحوال ، من الصدمة وطول العملية ، بل مما يقاسيه الجراح من الصعوبة فى خياطة حافات البريتون وضما ضمماً محكماً . وعدم احكام خياطة البريتون يؤدى الى عواقب خطيرة كالآلم والانسداد المعوى بما عساه يحدث من الالتصاق بين جدار البطن والأحشاء التى أسفله . فقد رأى بعضهم عملية ثانوية لعلاج الانسداد المعوى بهذا السبب

وهناك خطر آخر وهو خروج المعى من فتحة خلال خياطة البريتون خياطة غير محكمة . ويذكر أحد الجراحين الحادثة الآتية عقب عملية الوصل المعوى المعوى :
« ولقد كانت خياطة جدار البطن من أصعب خطوات العملية بسبب يابس العضلات البطنية . وطراً الانسداد المعوى الذى استدعى عملية أخرى . ووجد فى أثناء العملية أن عروة من المعى الدقيق خرجت من شق بين العضلات التى لزمت عليها »

خياطة الجرح

لا بد من العناية بمسائل معينة بشأن خياطة جرح البطن عدا إحكام حافات البريتون وهى :

ان خياطة العضلات بفرز خاصة تكاد تكون بغير فائدة؛ لأن المنسوج العضلى رخو رخاوة تحول دون بقاء الفرز عند المجهود . هذا الى أن العضلات فى جميع الأحوال تعود الى مكانها الأصلى بضم حافات الصفاق؛ ان لم تكن العضلات قطعت مستعرضة اغلاط الجراحين (١٠)

وخياطة الصفاق هي التي تحول دون حدوث الفتق في المستقبل . ولذلك يلزم خياطة الصفاق خياطة محكمة بخيط متين متانة تحول دون قطعه بمجهودات القى ولعل الكاتجت المعالج بالكروم أنسب الأنواع ؛ لكن استعماله يقتضى احتياطات معينة . يعتمد أكثر الجراحين على خياطة واحدة مستمرة بالكاتجت لضم حافات الصفاق . وهذا العمل لا يخلو من الخطر لاحتمال انفتاح الجرح بالتحلل العقدة : وليست هذه الحادثة نادرة الوقوع ، ولا بد أن شاهدها كثير من الجراحين ، أو على الأقل علموا بها . والضعف في هذه الخياطة هو من التحلل العقدة ، لأن عقدة الكاتجت ليست مضمونة ؛ مما يمكن الجراح أن يتحققه بنفسه في أثناء العملية بقطع أحد طرفي العقدة قريباً منها وجذب الطرف الثاني . فإذا اقتصر الجراح على خياطة الصفاق بخياطة واحدة مستمرة بالكاتجت فلا بد في كل حالة من خطر معين ، قد يكون خفيفاً ؛ ولا شك أن هذا الخطر يقل كثيراً باختبار العقد قبل اتمام إقفال الجرح ، وبقطع طرفي العقدة قطعاً طويلاً أى يلزم أن يكون طول كل طرف نحو سنتيمتر . وربما كان الأفضل تقوية الخياطة بعمل غرز بوتر الديدان المتين تمر خلال الجلد والمنسوج الحلوى تحته ، والصفاق البطني وأفضل أثر الالتحام ما روعي فيه ضم الحافات الجلدية ضمّاً محكماً . ويرى بعضهم أن تعمل خدشات صغيرة سطحية مستعرضة بإبرة على طول خط الشق قبل عمله . وتكون هذه الخدشات دليلاً للجراح وقت إقفال الجرح

التصفية

أو كما يسميها الجراحون الدرنة . ولا يزال بعضهم يهيئها بقطع من الدسام عند ضرورة استخراج مفرزات من البطن عقب العملية . وللتصفية بالدسام مضار كثيرة . فرفع الدسام مؤلم ، ولا تؤدي إلى الغرض الذي وضع من أجله إلا قبل أن تمتلئ عيونه بالمفرزات وتجمد . أما بعد ذلك فالدسام يصير كقدام القارورة يمنع خروج المفرزات . وكثيراً ما يلتصق الشاش بالأحشاء ويتلفها ، وعند استخراجها يجذب الثوب المتصق به إلى الجرح . وهذه كلها مما يدعو إلى تركها واستبدال الأنابيب بها . أما سوء سمعة الأنابيب فليس منسوبة إلى طريقة التصفية بالأنابيب بل إلى سوء

استعمال الطريقة . واليك البيان : قد تستعمل أنبوبة واسعة جداً . فقد رأى بعضهم أنبوبة لا يقل قطرها عن القيراط في جرح لتصفية الحوض . ومثل هذا القطر غير ضرورى ، هذا الى أنه يتعب المريض وقد يتخلف عنه فتق في المستقبل . وقد رأى أحد الجراحين مريضاً طراً عنده انسداد معوى بدخول جزء من جدار المعى الدقيق في فتحة من الفتحات الجانبية التى عملت في أنبوبة واسعة وضعت لتصفية الحوض عقب عملية فتح بطن

وأنه وإن يكن من الصعب تعيين الوقت الذى يمكن أن ترفع فيه أنبوبة التصفية إلا أنه من الصواب القول بأنها كثيراً ما تحفظ أطول مما يلزم . وطول بقائها في الجرح مما يجعله بؤرة للتقيح . فقد رأيت أنبوبة أقيت في الجرح مدة خمسة أسابيع بعد عملية خراج في الزائدة الدودية . واستمرّ الصديد غزيراً طول هذه المدة حتى لقد خشى الجراح أن يرفعها . لكنه بعد أن رفعها رأى الصديد وقد انقطع سريعاً والتحم الجرح مباشرة

وقد يروع الجراح ما يحدث أحياناً عقب رفع الأنبوبة من ارتفاع حرارة المريض ارتفاعاً قليلاً مما يدعوه الى الاعتقاد بأنه قد رفعها قبل أوانها فيعمد الى العبث بالجرح ظناً منه أن الصديد كامن في احدى زواياه ، والحقيقة غير ذلك ؛ لأن الحمى الوقتية كثيراً ما تأخذ المريض عقب استخراج الأنبوبة ، ولا شأن لها مطاقاً

ومن عواقب ابقاء الأنبوبة طويلاً في الجرح ضغطها الأنسجة التى تجاورها وتلامسها مما ينشأ عنه انسداد معوى ، أو ناسور برازى ، أو نزف أو تحثر على أثر أذى في الأوعية الحرقفية

الأجسام الغريبة التى تغفل في البطن

يندر أن يسمع الانسان عن اغفال آلات في البطن . على ان ذلك مما يحدث أحياناً وجفوت الشرايين هى أقرب الآلات الى النسيان . وينتفى ذلك بالتحرز والاحتياط . ويحسن أن تستعمل الجفوت ذات الأيدى الطويلة

والحوادث التى تشاهد أكثر هى نسيان الاسفنج في البطن . ولاتقاء ذلك يوصى بعضهم بعد الاسفنج قبل العملية وقيل الانتهاء منها . وليست هذه الطريقة بكافية كما ينتظر فقد عدت الممرضة ، ذات مرة ، الاسفنج ، مرتين ، وقالت ، فى المرتين ، ان العدد

مضبوط ، ومع ذلك فقد أغفلت اسفنجة في البطن وتحمل وبال غاطها الجراح . وأضمن من العد ألا يستعمل الجراح إلا اسفنجة ذات ذيل طويل يترك خارج البطن ويثبت ثم بجفت شريان والواجب الالتجاء الى هذه الطريقة مع عد الأسفنج . وإياك تستعمل الاسفنج الصغير . رأيت مرة في المشرحة اسفنجة صغيرة استخرجت من بطن مريض ، وكان الجراح الذي أجرى العملية حاضراً فرعب مما رأى واتضح أنه أجرى العملية وساعده فيها مساعد غير خبير فوضع الأسفنجة وأغفلها ولم يرها الجراح

ومن الحوادث التي جرت وكانت سبباً في رفع دعوى على الجراح نسيان الاسفنجة داخل المعى وكانت قد استعملت لمنع خروج المواد البرازية في أثناء استئصال المعى . ولذلك يحسن الاختيال على منع المواد البرازية بطريقة أخرى

وكثيراً ما ترى قطع من خيط الحرير أو الكاتجت في بطن المرضى الذين يموتون على أثر عمليات في البطن ، وهذه القطع تشاهد سائبة في التجويف البريتوني . وقد رأى بعضهم قطعة من القفاز . وقد تخرج قطع خيط الحرير من التجويف البريتوني ، في النساء ، خلال بوق فالوبيوس

ويحكى أحد الجراحين أنه أجرى عملية خراج في الحوض لمرضة ، ووضع أنبوبة تصفية في حوضها . وشفيت جيداً ، وقد صادفها الجراح بعد العملية بثلاثة أشهر فأخبرته بتولد خراجة صغيرة في أثر الالتحام انفجرت وخرج منها بعض غرز وقطعة صغيرة من المطاط مما يتطاير في أثناء عمل فتحات في أنبوبة التصفية . فعليك الاحتياط في أثناء قطع الخيط وعمل الفتحات في الأنابيب

وروى لي صديق من الجراحين أنه فتح خراجة لمريض له كانت في مقدم فخذ . واستخرج منها إبرة جراحية منحنية في سمها فتلة حرير . ولقد عملت لهذا المريض عملية في البطن منذ سنة ونصف

الوضع بعد العملية

يمكن سند المريض في وضع فولر بعد زوال الصدمة المباشرة . وسواء أصبحت المزايا التي يدعيها فولر لوضعه أم لم تصح فإن سند المريض في هذا الوضع . مما يجعله يشعر براحة عظيمة لتخفيف التوتر في جدار البطن ؛

الاستسقاء الطبلى

يختلف الألم الذى يحسه المريض عقب العملية . فمنهم من يتألم كثيراً ، ومنهم من لا يشعر بألم . وقد يميل الجراح لتخفيف ألم المتألمين بالمورفين . وإنه وإن خفف الألم إلا أنه يزيد الاستسقاء الطبلى وهو مما يجب أن يتحاشاه الجراح وخير علاج للانتفاخ هو الحقن الشرجى بزيت الترنيتينا والحقن تحت الجلد بخلاصة الغدة النخامية ويجب التعجيل بكليهما بغير انتظار الى حدوث الانتفاخ

القيء بعد العملية

قد يكون القيء عقب العملية من المخدر، أو من السم البولى ، أو من حموضة الدم ، أو من أسباب أخرى مختلفة . وأهم الأسباب الالتهاب البريتونى والانسداد المعوى ؛ ولا حاجة بنا الى التمييز بينهما لأن الكلام فى ذلك فى موضع آخر . ومن الضرورى أن نشير إلى نوع من القيء له شأنه . فلنفرض أن مريضاً قد أجريت له عملية لالتهاب فى الزائدة الدودية أو فى عضو آخر من أعضاء الحوض ولم يمتثل سريعاً . ويشاهد البطن منتفخاً فيه مضاضة ، وترتفع حرارته ، ويعتريه القيء وربما كان من الصعب إطلاق أمعائه . والمهم فى مثل هذه الحالة توقع خراجة حوضية باقية . فان لم يفكر الجراح فى ذلك تعليلاً لابطاء النقه ، فيلجأ الى الفحص عن المريض من الشرج أو المهبل ، فقد لا تعرف الحالة ويذهب المريض من يديه .

وحموضة الدم موضع للخطأ أحياناً اذا نبا الجراح عن البول ولم يفحص عنه بكلوريد الحديد . ولذلك يلزم عد هذه الحالة من أسباب القيء والاهتمام بالفحص عن البول . وحموضة الدم اذا عرفت عولجت سريعاً بالعلاج الغذائى المناسب، وهو إطعام المريض بالمواد الكربوهيدراتية ، واعطائه مقداراً كافياً من محلول الجلوكوز حقناً تحت الجلد أو فى المستقيم . أما إذا تاه الجراح ولم يدرك أن الحموضة الدموية هى علة القيء فانه يجمع المريض أو يغذيه باللبن أو بماء الزلال ، ويدفعه بذلك الى الموت والهلاك

الفصل الثالث عشر

التهاب الزائدة الدودية

تنسب أكثر حوادث التهاب الزائدة الى مسألة التشخيص . وههنا مواطن كثيرة للخطأ يجب أن يتقنها الجراح وهو في طريقه الى تعرف المرض . مواطن ما أصعبها حتى لتجد الحاذق الخبير من الجراحين وهو ينخدع أحياناً . أما المهمل غير الخبير فكثيراً ما يخطئ .

إن التشخيص في هذا المرض هو تخمين او استنتاج يحتاج الى كثير من الحذق والذكاء لأن الزائدة لا يمكن رؤيتها أو جسها بغير فتح البطن . فالنتائج التي يحصل عليها الانسان من العلامات الغير المباشرة في هذا المرض كالتأخرات التي يحصل عليها من العلامات الغير المباشرة في غير هذا المرض قد تكون خطأ . ولا تنحصر مواضع الغلط في البطن فحسب بل تتضمن اضطرابات عامة معينة واضطرابات صدرية واضطرابات خارج البطن

الاضطرابات العامة

ليس من النادر أن يكون ألم البطن والقيء من علامات السم الرصاصي ، والاتاكسيا الحركية ، والانيميا الشديدة ، وحموضة الدم ، وصلابة الشرايين ، والارثيميا الأبخرية ، وفرفورا هينوك ، وأمراض أخرى . ولا يبعد أن ينسب الألم والقيء خطأ في هذه الأحوال ، الى التهاب الزائدة فان لم يفحص الجراح عن مريضه فحسباً دقيقاً بنظام وقع في أغلاط شائعة . وبقليل من التدبر يتضح لك أن هذين العرضين هما أساس غير مضمون لبنى عليه الجراح تشخيص التهاب الزائدة

السم الرصاصي

قد يخطئ الجراح في هذه الحالة ، من احدى ناحيتين . فأما الناحية الأولى فقد ينبو الجراح فلا يرى الخط الأزرق الذي يشاهد في اللثة ، والشحوب ، وارتحاء الرسغ لأنه لا يتجاوز البطن في فحصه وعلى ذلك يكون مسؤولاً عن فتح البطن فتحاً

غير ضرورى . وأما الناحية الثانية فقد يرى الجراح علامات السم الرصاصى ويتأثر بها فى حكمه متغاضياً عن التهاب فى الزائدة الدودية الذى يكون علاوة على السم الرصاصى فقد ذكر بعض الجراحين مثلاً من هذا النوع . إذ اكتفى الجراح بتشخيص السم الرصاصى ، وتغاضى عن الزائدة الدودية التى تغنرت بعواقب وخيمة

وان لم يكن من السهل التسامح فى التغاضى عن العلامات الواضحة للسم الرصاصى إلا أنه من السهل التغاضى عن التهاب الزائدة متى رأى الجراح بغير ما شك الخط الأزرق على اللثة وسائر العلامات الأخرى . فإذا اتفق عند المريض آفتان فمن المستحيل تقريباً تقدير قيمة كل منهما على أن من الواجب أن نحاول ذلك

الأتاكسيا

قد حسبت الآلام الحشوية التى تعرض فى التابس الظهري علامة على التهاب الزائدة وليس عندي إلا أن التمس ضرورة الفحص الكامل وعدم الاعتماد على الفعل المنعكس للحدقة . فضعف السمع ، وفقد الاحساس باللمس الخفيف فى مساحات معينة من الجلد وفقد الفعل المنعكس فى الركبة ، والقرحة الثاقبة فى القدم ، والآلام الحشوية ، كل أولئك مما يسبق امحاء التأثير المنعكس فى الحدقة للضوء فى التابس الظهري

حموضة الدم

فى الأطفال وغيرهم من الشبان حالة شائعة . وأنا وإن أسلفنا الكلام فيها فى عوارض الرأس إلا أن من الضرورى العود إليها ههنا لأنها كثيراً ما تلتبس بالتهاب الزائدة مما يكون فيه خطر شديد ؛ لأن تحذيرك المريض بحموضة الدم قد يؤدى الى الهلاك . واليك مثلاً فيه عظة وذكري : دعيت لعيادة بنت فى السادسة من عمرها ارادت اجراء عملية التهاب الزائدة الدودية . وكانت تشكو من ألم فى البطن وقئ مستمر . وأخبرت أنها لم تعط الماء الزلال ولم تكن تستمرئه قاذفة إياه . ومُرّت عليها أدوار مماثلة وان تكن أقل شدة . وبالفحص عنها وجدتها فى حالة نعاس ، ولم يكن نبضها بريئونيا

وفي القسم الشراسيفي مضاضة لعلها من القيء . ولم يكن على موضع الزائدة شئ من المضاضة أو يبس العضلات . فما ظننت أنها مريضة بآفة بطنية أولية، لأنها كانت أقرب الى حالة حموضة الدم منها الى التهاب الزائدة الدودية . وبالفحص عن البول وجد تفاعل الدياستيك قوياً . فأشرت على الفتاة بتناول قطعة من الخبز المقدد فذعر ذووها وقابلوا هذا الرأي بشئ من الخوف ، والاستهزاء ، بل ومن المعارضة . وما كان ذلك إلا ليزيدني ثباتاً ، فتناولت الفتاة قطعة الخبز وأكلتها هنيئاً مريئاً . ولشد ما دهش القوم حينما وجدوا أن القيء قد انقطع بتناول المواد الكربوهيدراتية وان الفتاة قد تماثلت

وبعد ذلك ، عاودت الفتاة نوبة أخرى ، بينما كانت في غير بلدها . وقال الجراح الذي دعي لعلاجها إنها مصابة بالتهاب في الزائدة ونصح بضرورة العملية فاستخرجت الأم مذكرة صغيرة كتبها لها وأثبت فيها استعداد الفتاة لحموضة الدم وطلبت منها أن تحافظ عليها وتبديها لغيرى من الأطباء اذا حدثت النوبة . ففحص الطبيب عن البول ، ووجد فيه الأسيتون ، واقتصر العلاج على التدبير الغذائى المناسب بفائدة عظيمة

ولا تنس ، أيها الجراح ، أن حموضة الدم قد تطراً عقب القيء والجوع اللذين يلازمان التهاب الزائدة . ولذلك كان من الضروري الفحص عن البول لحامض الدياستيك والاسيتون في كل مريض قبل اجراء عملية الزائدة لكي يبادر الجراح بالوسائل العلاجية الضرورية بزيادة السكر والمواد الكربوهيدراتية خوف وفاة المريض غير منتظرة من السم المتأخر بالكلوروفرم

واذا اشتد القيء من حموضة الدم عقب العملية فلم يستطع المريض تناول المواد الكربوهيدراتية بالضم فلا بد من اعطائها اياه بطريق الشرج . وفي الأحوال الشديدة جداً يلزم الالتجاء الى الحقن تحت الجلد أو في الوريد بمحلول جلوكوز بنسبة ٥ في المائة . واياك أن تستعمل الجلوكوز التجارى

ولاتقاء مثل هذه المضاعفات يحسن الاحتياط بالسماح بمقدار وافر من المواد الكربوهيدراتية في الغذاء قبل أى عملية تعمل بالتخدير العام

ولا يسع المقام شرح سائر الاضطرابات العامة التي تحدث أعراضاً بطنية كصلابة

الشرايين وتكلسها ، وكالأريثما متعددة الشكل وفرفورا هينوك وغير ذلك . وكلها مما يستدعى الفحص عن المريض فحصاً كاملاً ، وملاحظة البقع الفرفورية ، وبقع الأريثما ، وصلابة الشرايين ، وتمدد القلب . وكل ذلك مما يقتضى ، بالتالى ، تشخيص المرض بعد تدبر الأعراض والعلامات جملة واحدة ، ومجموعة كاملة

الآفات الصدرية

قد يحدث التهاب الرئوى ، والالتهاب البلوروى ، والامبيما فى الجهة اليمنى ، ألمًا منعكسًا فى الجانب الأيمن من البطن مع ييبس فى العضلات . والأمثلة كثيرة التى حدث فيها أن الجراح فتح البطن متوقعًا زائدة دودية ملتهبة أو التهابًا بريتونياً بسبب آخر خائبًا لعدم وجود شيء من ذلك ، مدعورًا من معرفته بعد ذلك إما على سرير المريض أو على طاولة المشرحة بوقوفه على المرض فى الصدر مما كان من السهل الاهتداء إليه لو عنى بالفحص عن المريض فحصاً دقيقاً

الآفات القلبية

هى مواطن للخطأ أيضاً . فقد روى أن مريضاً أخذه ألم شديد فى البطن مع ييبس فى العضلات وبعض الهبوط . ففتح بطنه ولم يشاهد فيه شيء معين . واستئصلت الزائدة وقد كانت سليمة بالعين العارية . فزال ألمه عقب العملية ، وقد طرأ عنده بعد يوم أو يومين ألم فجائى فى القسم المراقى الأيسر اتخذ دليلاً على حدوث سدادة دموية فى طحاله . وبالفحص عنه بعناية اتضح أنه مصاب بالتهاب فى الغشاء المبطن للقلب

نخر العمود الفقارى

قد يلتبس هذا النخر ولا سيما اذا صحبه خراج فى العضلة البسواسية بالتهاب الزائدة لأن المريض وقتئذ ينعكس ألمه فى البطن ، ويشاهد مستلقياً على ظهره ، وفخذه مشنمية على بطنه لإرخاء العضلات المثوفة ، وتوضح مضاضة على موضع الزائدة . على ان تاريخ المرض ، وييبس العمود الفقارى مما يدل على النخر وقد يكون الخطأ فى النقيض . فقد انعكس ألم خراجة الزائدة فى الظهر فى مريض ،

وذكر الجراح الذى شاهده أنه لم ير فى حياته مريضاً انعكس الألم عنده فى الظاهر وكان ذلك سبب الخطأ

مرض الورك

ان الزائدة وهى فى الحفرة الحرقفية قريبة العلاقة بالعضلة الحرقفية . فاذا التهمت وتكوّنت خراجة خلف الأعور تنشئ الفخذ على البطن . واذا حاول الجراح بسطها توترت الأنسجة الملتهبة وأحدثت ألماً . وهذا مما يجعل الجراح يحسب الالتهاب فى الزائدة مرضاً فى المفصل الوركى

أمراض الكلية

تلتبس أمراض الكلية بالتهاب الزائدة الدودية لتأثيراتها العامة واضطراباتهما الموضعية ففي السم البولى مثلاً اذا صحبه ألم ومضاضة فى البطن كما يحدث غالباً فقد يتوهم الجراح أن المرض فى الزائدة الدودية ويستدعى التوسط الجراحي . واذا لم يخطر بباله أن يفحص عن البول فقد يندفع الى فتح البطن فى أشأم وقت . ولقد شاهدت حادثة من هذا النوع

ولعل أكثر الأغلاط شيوعاً هو حسب الحصاة الداخلة فى الحالب التهاباً فى الزائدة وأدل شئ على الحصاة هو استجلاء الكريات الدموية الحمراء فى البول بعد ترسيبه مركزياً وفحصه بالمجهر . ويحسن أن يذكر الجراح هذا الاحتمال لكى يعتمد الى الفحص عن الحالب اذا فتح البطن ووجد الزائدة سليمة لاشية فيها

واستيثاقك من التاريخ يمكنك غالباً من التمييز بين المرضين أو يجعلك ، على الأقل على شئ من الحذر يدعوك للالتجاء الى طلب الفحص بالأشعة قبل فتح البطن . على أن هذا كله لا ينحى عن الخطأ أحياناً ؛ لأن زيادة مرات البول المصحوب بدم قد تلازم التهاب الزائدة أو تنشأ عنه

وكيفما كان السبب فالأعراض البولية تزول بعد استئصال الزائدة . وقد صعب التشخيص فى مريض كان عنده خراج زائدى خلف الأعور لأن بوله كان يحتوى

على دم وصديد واسطوانات حبيبية . وكان الخراج مرتفعاً في البطن ، ودلت صورة الأشعة على كتلة قد تكون حصة كلوية لكنها كانت كتلة برازية . وزالت الأعراض البولية سريعاً بعد العملية

واليك مثلاً لغلطة كانت عاقبتها وخيمة . مرض رجل شديد قوى ، وحسبت الأعراض التي بدت عليه مغصاً كلوياً في الناحية اليمنى . فعولج بما يعالج به هذا المغص من كمادات ساخنة وحقن بالمورفين . وبعد علاجه أسبوعاً كاملاً بدأ القلق على طبيبه واستدعى جراحاً . فوجد البطن منتفخاً بغير مضاضة . وكانت الحرارة ٩٧,٦ فارنهایت والنبض ١١٢ وكان دقيقاً . واللسان جافاً بنيّاً . والحدقتان منقبضتين . وكل ذلك دليل على إصابته بالتهاب بريتنوفى في الدور الأخير . وأجريت العملية على أنها الوسيلة الأخيرة للرجاء . لقد ضاع ألم المريض بالمورفين الذي استعمل وكان من دواعي ختفه

التهاب حوض الكلية في الحمل

موطن آخر للخطأ . يشاهد هذا الالتهاب عادة في الشهر السادس من الحمل . وإذا عرف في الوقت المناسب أمكن علاجه بالتنبيه على المريضة بملازمة السرير ، وباعطائها مطهراً بولياً . وقما تعرف الحالة ، لسوء الحظ إذ تحسب التهاباً في الزائدة الدودية . فقد دعيت مرتين لاجراء عملية الزائدة الدودية لسيدتين كانتا حاملين . وكان بولهما محتويّاً على زلال غزير وصديد مما دل على انهما مريضتان بالتهاب في حوض الكلية ولقد شاهدت مريضة استؤصلت زائدتها بغير أن يتحسن مرضها . ولتعلم أن الالتهاب في حوض الكلية مضاعفة كثيرة الوقوع في الحمل لا يمكن أن ينبو عنها الجراح فلا يدركها اذا فحص عن بول مريضته وعرف مدلول فحصه

الاضطرابات البطنية

أما الاضطرابات البطنية التي تلتبس بالتهاب الزائدة فهي الامساك ، والقرحة المعدية ، والمعوية ، والتهاب المرارة ، وحصة الكبد ، والالتهاب البريتونى الدرنى ،

والأمراض المختلفة للأعضاء الحوضية ، والانغماد المعوى ، والمرض الخبيث فى المعى ، والانسداد المعوى . وليس من السهل توضيح هذه الأحوال بأمثلة . وينبغى للجراح أن يحفظ ، أولاً ، أن التاريخ الدقيق شأنًا عظيمًا وثانيًا ، أن الاعتماد على أعراض مفردة كثيرًا ما تخدع الجراح ، وثالثًا ، أن من الضرورى الفحص عن المريض فحصًا كاملاً . فقد شاهد بعضهم رجالاً مريضاً بالتهاب فى الزائدة ، وهو جالس أمام النار يشكو من ألم حول منشأ قضيبه . وكانت حرارته ٩٩ درجة بمقياس فارنهایت ، ونبضه ٨٨ فكانت ههنا علامات كثيرة غير اعتيادية فى التهاب الزائدة لكن كان من السهل تشخيص المرض لتعرف التاريخ بالدقة وتدبر الأعراض جملة واحدة

ولعل أعظم منبع للخطأ هو الاهتمام بوجود بعض أعراض معينة أو بعدم وجودها . ألم تسمع ، أيها الجراح ، من زميلك وأنت تناقشه ، قوله لك : ليس بالبطن مضاضة ولذلك لا يصح أن يكون المرض التهاباً فى الزائدة . وكان هذا صحيحاً لو كان التشخيص آلياً (ميكانيكياً) نعم أن الأرجح أن يكون استنتاجه صواباً ؛ لكن لا يبعد أن يكون خطأ . كأن يكون الإلتهاب محصوراً فى الحوض أو كان يكون المريض قد تناول مقداراً عظيماً من الأفيون أو الغول . وكذلك قد لا تتضح المضاضة اذا كان جدار البطن عظيماً من الطبقة الدهنية ؛ أو لأسباب أخرى . وقد يخدع المريض طبيبه عفواً أو عمداً . فقد يدعى بعدم وجود المضاضة تجلداً غير متضعع ، أو خائفاً من عملية . وقد يدعيها وهي غير موجودة

وكذلك الحال فى كل عرض . فالأعراض عرضاً عرضاً طريق اللوهم والخداع ، وجملة أكثر ضماناً وأمنًا . فهل تستطيع خربصة^(١) الناس من عيونهم أو آذانهم أو أيديهم . وهل يستطيع زوج أن يتعرف زوجته اذا سترت الجزء السفلى من وجهها . وكذلك المرض لا يمكن أن يتعرفه الطبيب اذا لم تكشف الأعراض كلها . هذا هو سر التشخيص

وينشأ عن التهاب الزائدة مضاعفتان عظيمتا الشأن قد لا يحسن تأويلهما الجراح أو يتقاضى عن سببهما اذا عرفهما

(١) أى تمييزهم

أما المضاعفة الأولى فهي الخراج تحت الحجاب الحاجز ويتكوّن إما من استطراق الصديد إلى الأعلى ، وإما من تقيح الزائدة التي تكون في غير موضعها الطبيعي . وقد يصح أن يفتح هذا الخراج ويصفى فيتمثل العليل بغير أن يكشف عن سبب التقيح . لكن لا يطرد هذا

وعلى الجراح ، على كل حال ، أن يكون أرق من أن يتقبل بسهولة ضعفاً في التشخيص كذا . فقد يستطيع الجراح الأخرق أن يفتح الخراج ثم يصفيه فيلتئم بنجاح ، لكن ليس يستطيع أن يبدى رأياً صواباً في التشخيص لأن ذلك مما يستدعي حذقاً وذكاء . دخل صبي أحد المستشفيات بخراج كبير تحت الحجاب الحاجز ففتح وصفى ، وتخلف عنه ناصور لم يلتئم . وبعد أن لبث طويلاً مستشفياً استخرجت كتلة برازية متحجرة فالتئم الناصور سريعاً . ففي هذا المريض يظهر أن الجراح لم يحاول أن يعرف سبب الخراج أو يكشف عن الكتلة البرازية أو الجسم الغريب . فلو أن الصديد أرسل للطبيب الباثولوجي ، وهو مما يجب عمله ، لكان من المحتمل اكتشاف الأضرار الميكروبية المعوية التي تهددنا سواء السيل ، ولأرشدتنا بقية العلامات إلى أن أصل التقيح في الزائدة الدودية

وكذلك تغفل ، كثيراً ، الأخرجة الحوضية الناشئة عن التهاب الزائدة الدودية . ففي الأدوار الأولى قد لا تتضح المضاعفة جيداً في البطن ، وكذلك الألم . هذا إلى أن الألم إذا وجد يكون مغصياً مما يدعو الجراح إلى نسبته إلى انسداد معوى جزئى ، متعاضياً عن التجمع الصديدي الحوضي . هل أدلك على ما يلزم ؟ تفحص الحوض جيداً للوصول إلى التشخيص الصواب . وههنا يجب أن أرشدك إلى احتياط ضرورى وهو اخلاء المثانة مما فيها من البول لأن المثانة الممتلئة بالبول والتجمع الصديدي الحوضي متشابهان

ولقد شاهدت مثلاً غريباً لخراج زائدى فى مريضة أغفله الطبيب المعالج حتى انفجر . شكت السيدة ، وكانت من الأغنياء ، من ألم شديد في البطن ، وقىء . فاستدعت طبيبها الذى اجتزأ بوصف الدواء لها بغير الفحص عنها . وربما احتوى الدواء على شيء من

مركبات المورفين . فطلت المريضة فى مرضها ، وظل الطبيب فى علاجها بغير أن يكاف نفسه مشقة الفحص عنها إلى أن أعلن الخراج عن نفسه بانفجاره . فسألت المريضة لم لم تخبرى طبيبك بالورم الذى كان يطنك . فكان جوابها ألم يكن من واجبه الاهتداء اليه . ومن الحق أن الحق معها للدرجة ما

الامساك

كثيراً ما يلتبس الامساك ، ولا سيما ذلك فى الأطفال ، بالتهاب الزائدة . ولما أن الامساك من اعراض هذا الالتهاب ونتأجه فقد يكون سبباً للخطأ . فقد يصف الطبيب القليل الخبرة جرعة من زيت الخروع أو من مسهل آخر . فحذار . حقيقة إن هذه الوصفة قد توضح طبيعة المرض ؛ لكن بضرر عظيم . ذلك لأن المسهل سواء أكان زيت الخروع أم غيره ، اذا أعطى مريضاً بالتهاب الزائدة ، قد يزيد الالتهاب اشتعالاً والأعراض حدة . فليكن اعتمادك على الحقن الشرجى . وإياك أن تستعمل المسهل

التهاب المرارة

من الصعب جداً التمييز بين التهاب المرارة والتهاب الزائدة . وقد يكون من المستحيل فى بعض الأحوال ، الاهتداء الى الصواب قبل وضع المريض على منضدة العمليات . وفيها يحسن جس البطن قبل العملية وبعدها تخدير . لأنه قد يمكنك وقتئذ أن تجس أى المواضع أكثر يبرسا ، أو أن تحس وربما لم تكن لتشعر به من قبل

الالتهاب المبيض والالتهاب البوقى

لا نزاع فى أن الأعراض كثيراً ما تشتد فى أوقات الطمث ، فى النساء اللاتى يكون عندهن آفات مستديمة فى ملحقات الرحم . أما اشتداد الأعراض فى أوقات الطمث فى النساء اللاتى يكون عندهن التهاب مزمن فى الزائدة الدودية فغير معروف للأطباء معرقهم باشتداد الأعراض فى مرض الملحقات الرحمية . وسواء أكانت شدة الأعراض

فى أحوال التهاب الزائدة ناشئة عن أصل وعائى أم عن سبب آخر فلا شأن لنا به .
لكن المهم معرفة اشتداد الأعراض أوان الظمث لكيلا يخذع الجراح فيحسب ذلك
دليلاً على اضطراب حوضى

الانسداد المعوى

لشد ما تدهش ندرة الانسداد المعوى عقب التهاب الزائدة . فان طراً على مريض
بالتهاب الزائدة ما يدل على الانسداد كانتفاخ البطن ، والآلام المعصية ، والحركة الدودية
المسموعة فحقيق بالجراح أن يكون فى ريب من أمره . لأن الإمساك ، وإن يكن من
مصاحبات التهاب الزائدة غالباً ، لا من لوازماته فانه ناشئ عن منع الحركة الدودية
وفى الأحوال التى يظهر فيها الانسداد نتيجة الالتهاب فى الزائدة أو حولها ، فالذى
يستدعى الاسعاف هو الانسداد

وأزعم أن كل نوع من الانسداد المعوى كالانغداد والانسداد بالالتصاق ، والورم
الحبيث ، والفتق المحتفى خلف البريتون ، والحصاة المعوية ، إن كل ذلك قد يشبه
على الجراح فيحسبه التهاباً فى الزائدة . ويزداد خطر هذا الخطأ فى التشخيص إذا
حاول الجراح استئصال الزائدة بفتحة صغيرة ولا سيما إذا جعل شقه كالمشواة . لأنه
إما أن يستأصل الزائدة ، فى مثل هذه الأحوال ، متغاضياً عن الإصابة الكبرى وهى
الانسداد لعدم معرفته إياها . وإما أن يتعرف الانسداد ووقتئذ ليس يستطيع علاجه
خلال الفتحة الصغيرة التى أراد أن يستأصل الزائدة منها .

قرحة البواب والعفج

يحدث الالتهاب المزمن فى الزائدة نوعاً من عسر الهضم من الصعب غالباً ، ومن المستحيل
أحياناً تمييزه مما يرى فى قرحة البواب أو العفج . وربما كان عسر الهضم فى هذه
الأحوال لسبب واحد هو استمسك البواب عن التمدد للسماح للغذاء بالمرور من المعدة
الى المعى المصاب . ولعل الشئ المميز المعتمد ، إذا لم تكن هناك علامات لتحديد موضع

المرض ، هو عدم انتظام عسر الهضم واختلافه في التهاب الزائدة الدودية على غير ما هي الحال في قرحة البواب والعفج . ولا تحسبن أنها علامة ناجحة دائماً على التمييز .

تأجيل العملية

ليس من أصالة الرأي إرجاء العملية الى زمن غير محدود متى انتهى الجراح إلى تشخيص التهاب الزائدة . وحتى إذا كانت الحالة خفيفة ، وكل العلامات تدل على زوال النوبة فليس هناك ما يضمن سلامة المريض من بطش الالتهاب دفعة أخرى . فقد عرفت رجلاً نحاه طبيبه عن العملية رجاء أن المرض لا يعود . وكانت النتيجة أن النوبة عاودته في ظروف غير مناسبة للعملية واثقبت الزائدة وطويت صحيفته . ويروى أحد الجراحين أن عملية ارجئت شهراً لأن زوج المريض كانت على وشك الوضع . فحدث للمريض في خلال هذا الشهر سم صديدي في وريد الباب قضى عليه . ولقد مرَّ بك الكلام في استعمال المورفين لأنه يخدع الجراح فيجعله يخطئ التشخيص أو يؤخره فيه . وإياك أن تتوهم زوال خطره اذا استعمل بعد التشخيص وتقرير العملية . وخطره في هذا الوقت يكون في تخفيفه الألم تخفيفاً قد يجعل المريض يفكر في ارجاء العملية

عمليات الزائدة الدودية

الشق - كُتب ، وقيل ، كثيراً عن الشق المعبر عنه بشق المشواة ، وهو الشق المصطلح عليه . ووجه الاصطلاح أن الشقوق الأخرى لا تترك جدار البطن قوياً مثله . ولست اعتقد ذلك ؛ لأن الفتق البطني لا يعقب الشق الذي يعمل في غمد العضلة المستقيمة على شرط أن تعمل الخياطة محكمة وأن يلتحم الجرح بالقصد الأول . وان خالفت هذين الشرطين برزت أثره الالتحام وكانت ضعيفة كيفما كان الشق . ولتعلم أن لشق المشواة عيوباً . منها أنك لا تجد إلا فتحة صغيرة لاستئصال الزائدة ؛ فاذا ما رأيت حاجة الى توسيعك الجرح فليس من السهل الوصول الى ذلك بغير ضرر جدار البطن .

ومنها أن الزائدة السوديّة المتصقة في الحوض ليس من السهل استئصالها لعدم استجلائها جيداً. هذا الى أنه من المستحسن غالباً تحرى حالة بعض أعضاء أخرى عدا الزائدة مما لا يتيسر بهذا الشق. والرأى أن يعمل شق رأسى خلال غمد العضلة المستقيمة اليمنى، وتنحى هذه العضلة الى الأنسية، ثم يقطع الغمد الخلفى والبريتون قطعاً مستعرضاً أى فى اتجاه الألياف. ولتعمل هذه الشقوق صغيرة أولاً، فلا تتجاوز مساحة ما تدخل أصبعين، فإن وجدت صعوبات وأشياء غير منتظرة أمكنك أن تتمدى فى شق الجلد والغمد المقدم، من أعلى، ومن أسفل، وأن تشق الغمد الخلفى شقاً رأسياً حسب الحاجة مع العناية بتباعد العصب الذى يمر الى العضلة المستقيمة عابراً خط الشق. ولهذه الطريقة مزية اجراء العملية للمريض بأصغر شق ممكن. هذا الى أنه لا يتخلف عنها فنق بطنى فى المستقبل. ويصير الجراح بعيداً عن خطر العمل فى الظلام فى فتحة صغيرة لا يمكن توسيعها الا باتلاف جدار البطن

الإوعية الشراسيفية الغائرة

لا بد من اتقانها فى الشق الذى ذكر. وان نالها الجراح فلا بد من ضبطها جيداً وسيمر بك الكلام فيها

صعوبة الحصول على الزائدة

خير مرشد للزائدة هى الألياف العضلية المستطيلة التى تشاهد فى طول القولون الصاعد وتمر الى الأعور لتنتهى فى الزائدة. وما لم يكن الجرح صغيراً لا يكفى للكشف عن هذه الألياف العضلية لا يجد الجراح صعوبة الا اذا امحت هذه الألياف من الالتهاب. وعليك فى البحث عن الزائدة أن تعتمد على النظر لا على الجس. فقد سمعت جراحاً وهو يتصيد الزائدة بأصبعه وابهامه وهو يقول: «هاهى ته قد وجدتها. إنها لا بد أن تكون ملتية جداً لأنى أشعر بنبضها. رويداً. إنها ليست الزائدة - إنه الشريان الحرقفى» ولا تحتاج هذه الكلمات الى تعليق

ويحسن أن تحاول الحصول على الزائدة واستئصالها حتى مع وجود خراج لانك إن تركتها تركت معها تعباً للمريض في المستقبل . ولنحسب انك لا تجد لها الا بتعريضك المريض لخطر اكثر من المبرر ، فعليك أن تبحث عن الكتل لأنها ان بقيت تخلف عنها ناصور مستديم

وأحياناً تكون الزائدة ملتصقة كل طولها . فاذا حاولنا استئصالها اضطررنا الى تشريح صعب متعب بسبب تلاف الطبقة البريتونية وذهاب المعالم الطبيعية مما يؤدي الى اتلاف بعض الأعضاء المجاورة الملتصقة بالزائدة . ووقتئذ يحسن تقفها من غلافها ويتم ذلك بشق طولى فى الطبقة البريتونية من الناحية المكشوفة ، ثم نزرع الطبقة العضلية والطبقة تحت المخاطية والطبقة المخاطية . ونزرع هذه الطبقات بسهولة . فان رأيت شيئاً من الصعوبة تشق الطبقة العضلية أيضاً ويكتفى بنزرع الطبقة المخاطية والتي تحتها . وخير مستو للنزع ما بين الطبقة العضلية والطبقة تحت المخاطية

جروح المثانة والمعى

كثيراً ما يصاب الأعور اصابة جزئية فى أثناء استئصال الزائدة الملتصقة بغير ضرر كبير . ولكن لم أشاهد حادثة فتحت فيها المعى . على غير ما هى الحال فى المثانة . فقد رأيتها تفتح دفعتين . واحدى الدفعتين يبدى . كان مريض مصاباً بالزائدة وبعادة المورفين فستر المورفين المرض ولم يطلب الطبيب الا بعد أن تكون خراج عظيم . كانت حالته شديدة جداً وكل ما أجرىته هو شق صغير فى العانة وضعت فيه أنبوبة . ولاحظت فى اليوم التالى أن البول كان يخرج من الأنبوبة مع الصديد وربما التصقت قاعدة المثانة بالجدار البطنى فنالها المشراط فى أثناء الشق

أما المريض الثانى فقد كانت زائدته ملتصقة بجدار المثانة ، وقد تمزق أثناء استئصال الزائدة . ولوحظ التمزق ووضعت أنبوبة للتصفية . وامتنع البول بعد بضعة أيام . وشفى المريضان ولم يحدث عندهما شئ من أعراض الالتهاب المثانى وقد دعيت مرة لرؤية مريض فتحت له جراحه خراجاً زائدياً ووضعت له أنبوبة .

وبعد أن تحسنت حالته ورفعت الأنبوبة عاودته الحى وظهر عنده ورم التهابى فى الحفرة الحرقفية والقسم الخثلى اليسرى . فأجمع الجراحون الذين حضروا الاستشارة رأيهم على ضرورة فتح الحفرة الحرقفية لإخراج الصديد . وقد عرفت أن المثانة قد فتحت فى أثناء عمل الفتحات الضرورية . وصار يخرج البول من الجرح . وظهرت أعراض الالتهاب المثانى والالتهاب الحوضى الكلى ومع هذا كله فقد شفى المريض

التصفية

لا محل للتردد فى عمل التصفية اذا كانت سبيلاً للسلافة . ولتعلم أن على صغر الأنبوبة وسرعة رفعها يتوقف حسن أثر الالتحام ويتمتع ظهور الفتق فى المستقبل . ويميل البعض الى استعمال الأنابيب الكبيرة الواسعة والى ابقائها طويلاً . وقاما يحتاج الجراح الى استعمال أنبوبة بقطر أطول من ثلث القيراط ، والى ابقائها مدة أطول من ستة أيام

المضاعفات بعد العملية

انتفاخ البطن أو الاستسقاء الطبلى

ان انتفاخ البطن من العواقب الشائعة بعد فتحه . فكما استؤصت الزائدة ، بل كما فتح البطن لسبب ما نشأ شئ من الالتهاب البريتونى التكوينى تعمل الطبيعة على علاجه بالراحة التى تقتضيها أفعال منعكسة ووقف أنواع الهرمون التى تساعد على الحركة الدودية . فوقف الحركة الدودية من هذين السببين ينشأ عنه تمدد الامعاء تمدداً سريعاً بالغاز المتولد من التأثير البكتيرى من ركود محتوياتها . وهذا الانتفاخ مما يزعج المريض واذا لم يبادر الجراح الى علاجه ازداد وصار خطراً لما يحدثه من عوق القلب والتنفس ولما ينشأ عنه من امتصاص المواد التوكسينية من ركود محتويات الامعاء فيها فمن المهم معرفتك طريقة تقليل الانتفاخ وعلاجك اياه اذا ظهر . ولست أستطيع بيان ما للمطهرات المعوية من الفائدة ؛ لكن من الوسائل الوقائية المفيدة اطلاقك الامعاء قبل العملية ، والفرق بالبطن ومحتوياته فى أثناء العملية لتقليل الالتهاب البريتونى التكوينى ، والحقن

بالتربنتين بعد العملية بنحو أربع وعشرين ساعة ، واعدة الحقن عند الضرورة
والمعتاد أن تكفي هذه الوسائل . فإذا وجد شيء من الالتهاب البريتوني الموضعي
أو العام لتلوث البطن ، أو إذا أعطى المريض شيئاً من المورفين فلا بد من الاستعانة
بمخالصة الغدة النخامية حقناً في العضل كل ست ساعات حتى يزول الانتفاخ . أما
استعمال الأنبوبة الشرجية لتخفيف هذا الانتفاخ بعد العملية فغير مجد ولا مبرر له لما
تحدثه من الألم في المريض - وقد طفح كياه - بإرسالك إياها في الجزء العلوي من
الشرح . هذا الى أنها كثيراً ما تصدها ثنية غشائية تمنع صعودها . فان استرسلت في
إدخالها بعد ذلك انعطفت على نفسها وأحدثت ألماً شديداً .

وللمورفين تأثير عظيم في الحركة الدودية فإنه يقفها وخاصة إذا تهيأت الأسباب
الأخرى للانتفاخ فلا بد من التدبر في استعماله . ولقد دعيت ، ذات مرة ، لاستئصال
الزائدة الدودية ، من مريض في الريف ، ولقد تمت العملية من غير ما صعوبة . فتركت
المريض تحت عناية طبيبه على أن يكلمني بالمسرة (التليفون) إذا بدا عليه ما يستدعي
استشارتي . فطلبت في اليوم السابع فرأيت مريضاً جداً ، غير مستقر في فراشه منخرط
السحنة ، بنبض سريع دقيق ، وانتفاخ بطني شديد . إنه لم يتبرز بعد العملية ، ولم يعط
حقنة . وبجانب سريره قارورة فيها مزيج أبيض مكتوب عليها « جرعة كل أربع ساعات »
مزيج أبيض وليته المزيج الأبيض كانت عناصره البزموت والأفيون ! وظل المريض ،
الأسبوع كله ، وهو يتناول الجرعة من المزيج الأبيض اللون ، الأسود التأثير ، مع جرعة
من زيت الخروع وأنواع أخرى من المسهلات وبالاختصار مات المريض ، والسبب
على ما أعتقد الانتفاخ من وقف الحركة الدودية من المورفين ؛ ولست أدري أكان
عنده التهاب بريتوني ، فلم تشرح جثته .

النزف

في التاريخ الطبي حادثة نزف مميت من الشريان الحرقفي بسبب ضغطه بأنبوبة
التصفية ثم تفرحه من هذا الضغط . وربما كان ذلك من إبقاء الأنبوبة الطويلة زمناً
طويلاً ، أو من إبقائها طويلاً من غير تقصير .

ويروى أحد الجراحين أنه رأى النزف بعد العملية من الشريان الشراسيفي الغائر في مريضتين كانت العملية قياسية لاستئصال الزائدة الدودية في مريضة منهما . وأقل البطن بعد الاستئصال بغير تصفية . عمات العملية في الصباح واستدعى جراح آخر في المساء للمريضة لتعذر الحصول على الجراح الذي أجرى العملية . فوجد المريضة شاحبة اللون ، قلقلة ، مضطربة ، مما دل على نزف باطنى . وكان فى جدار البطن ورم دموى كبير . ففتح البطن ووجد الشريان الشراسيفي الغائر نازفًا .

والأوعية الشراسيفية الغائرة تحت العضلة المستقيمة البطنية مما يعرضها لخطر القطع بالمشراط أو المقراض . ومن السهل أن يتغاضى عنها بعد قطعها لوقف النزف وقوفًا وقتيًا بضغط المبعد . هذا الى أنها قد تصاب بالإبرة أثناء خياطة البريتون

ويقول بعضهم إنه وإن لم يرَ حادثة نزف بعد العملية من شريان الزائدة إلا أن الخطر منه محتمل . وينصح بالفحص عن الأجزاء المتروكة بعد استئصال الزائدة فحصرًا دقيقًا للتأكد من ضبط الوعاء جيدًا . وقد سمعت من جناب الدكتور هاستنجس^(١) أن المأسوف عليه الدكتور وديع بر بارى بك قد أنقذ مريضًا قد أجريت له عملية الزائدة الدودية وكانت متقيحة إذ حدث عنده بعد العملية بقليل نزف من شريان الزائدة فأسعفه الدكتور بضبطه حينما كان الطبيب الأول لمستشفى الرقازيق وكان المريض من جنود الجيش البريطانى وقت الحرب الكبرى .

الالتهاب البريتونى

الالتهاب البريتونى الموضعى من تلوث الأجزاء التى تكتنف الزائدة منها كثير الوقوع بعد العملية . وما هو إلا تمادى الالتهاب الذى كان قبل العملية . والمعتاد أنه يخف بعدها ، لكنه قد ينتشر ويؤدى الى خراج حوضى أو التهاب بريتونى عام . وينبغى للجراح أن يشبهه فى هذا الخراج إذا ظلت الحرارة مرتفعة وظل البطن منتفخًا ولم تنطلق الأمعاء . وإنه وإن يكن الألم قليلًا إلا أن المريض يظهر عليه المرض ،

(١) Dr. Hastings - وهو بمصلحة الصحة العمومية ، وكان وقتئذ ، مديراً للمستشفيات

ويأخذه القيء أحياناً ، وقد يتعسر بوله . وخير ما يعمل هو استقراء الحالة بالفحص الشرجي أو المهبل للكشف عن سبب بقاء هذه الأعراض .

والالتهاب البريتوني العام من المضاعفات النادرة عقب عملية استئصال الزائدة الدودية إذا أجراها الجراح مستكماً الشروط العصرية الحديثة. على أن هذا الالتهاب العام قد يكون قبل العملية فلا يكون للجراح حيلة في اتقائه بعد العملية

الانسداد المعوي

قد يحدث في المستقبل البعيد بعد عملية الاستئصال ، ويكون من انكماش الالتصاقات انكماشاً تدريجياً فينعطف المعى انعطافاً حاداً أو يخنق بالجام التصاقى . وهناك نوع آخر من الانسداد - وقد يكون جزئياً في الأول - يأتى عاجلاً ؛ بل هو في الحقيقة يبتدىء من تاريخ العملية . وهذا الانسداد كالذى يحدث في المستقبل البعيد عن العملية أكثر ما ينتظر في الأحوال التى يتكون فيها خراج ويحاول فيها الجراح العثور على الزائدة لاستئصالها سواء أنجح فى ذلك أم لم ينجح . وينسب بعضهم هذا الانسداد الى عمل الجراح بيده فى أثناء العمل ، وينصح بارجاع الجزء الفائى من الأمعاء والأعور فى مكانهما عقب استئصال الزائدة التى تكون ملتصقة خلف الأعور

التخثر والساداة الرئوية

قد تطوى صحيفة المريض عقب عملية استئصال الزائدة بالتخثر فى احد الأوردة أو بسدادة رئوية كما تحدث هذه النهاية المؤلمة عقب أى عملية . وتنسب هذه المضاعفة الى عدوى خفية بالبدور العنقودية (الاستافيلوكوك) تنشر الى الأوردة الحرقفية من فروعها وخاصة الوريد الشراسيفى الغائر . وتنقى هذه المضاعفة باتقان الصنعة . ويقال أن لتجويع المريض والاقتصار على الغذاء اللبني بعض الشأن فى احداث التخثر وقد يساعد انخفاض الضغط الدموى على ذلك

ومن الأسباب ضغط الأنبوبة ضغطاً طويلاً بغير مبرر على الأوعية الحرقفية الظاهرة

السم الدموى الصديدي الباني

وشر من التخثر في الأوردة العامة الالتهاب الوريدي العفن في أوردة الزائدة مما
يفشأ عن امتداد الالتهاب امتداداً مباشراً من الزائدة نفسها . وليس من النادر أن
يشاهد الجراح التخثر في الوريد المساريقي في أثناء استئصال الزائدة مما يدل على أن السم
الدموى الصديدي الباني لا يطرد في الالتهاب الوريدي في الوريد الرئيس للزائدة .
ومع ذلك فالخطر حقيق من انتقال السدادات العفنة الى الكبد حيث تحدث ظاهرة
عفنة مميتة . والوسيلة الوحيدة للتفصى من هذه المضاعفة هي وقائية بالعمل بدون ابطاء
على استئصال الزائدة متى بدأ الالتهاب وعرف . وقد مرّ بك مثال ذلك

الناصر البرازى

قد يشاهد عقب العملية . ويكون من فقدان عص الزائدة والأعور ليوتهما فلا
يتيسر للجراح قلب العص الى الداخل ، أو من حدوث انثقاب بالقرب من اتصال الزائدة
بالأعور لم يستطع الجراح اقفاله للسبب عينه . وأحياناً يتأتى الناصور من تقرح المعى
من ضغط انبوبة التصفية . وكيفما كان سبب الناصور فانه يلتئم التئاماً ذاتياً ان لم يكن
هناك انسداد فى المعى أسفل الناصور ولا بد من استئناء بعض الأحوال التى يكون سببها
الفطر الشعاعى ، والتدرن ، أو السرطان . أما ما عدا ذلك فالالتئام ذاتى على نحو ما
ذكرنا فلنتنبه

من العبث العاثر محاولتك علاج ناصور برازى دائم باستئناء المعى وسد الفتحة
التى فيها بالغرز . فهو عمل لا فائدة فيه مطلقاً
وإذا كان الناصور ناشئاً عن انسداد المعى اسفله فالواجب علاج هذا الانسداد
بتقصير الأمعاء واستئصال الجزء الذى فيه الناصور

الناصور الغبر

الناصور الغبر^(١) - قد يتخلف عن العملية ناصور غاز^(٢) يضيق به صدر المريض ويضيق به ذراع الجراح لأنه لا يدري ماذا عسى أن يفعل لمصاحبة المريض لأنه لا يود أن يفتح البريتون بالقرب منه مخافة الالتهاب البريتوني. ولعل خير ما يعمل هو اتقاء مثل هذا الناصور. ويتم ذلك بالاحتياط للأسباب الثلاثة التي قد ينشأ عن أحدها الناصور وهي:

(١) ابقاء الزائدة المريضة في البطن

(٢) ابقاء كتلة برازية

(٣) أو وجود عقدة أو ربطة عفنة من مادة غير قابلة للامتصاص. فأما السببان الأخيران فممكن اتقاؤهما دائماً أو غالباً. أما السبب الأول فلا يمكن التغلب عليه دائماً على أنه مما يدفع الجراح الى البحث عن الزائدة ولو كانت كافية في تجويف من الصدر وليعلم أن هناك ظروفاً قد تدعوه الى الكف عنها مع ترقب المتاعب في المستقبل

التهاب الزائدة المتكرر

أن الزائدة اذا أبقيت فتكرار التهابها أكثر وقوعاً من تركها ناصوراً دائماً. فقد استأصل أحد الجراحين زائدة متكررة الالتهاب في مريض ادعى أن زائده قد استؤصلت. ولم تكن عملياته الأولى الا تصفية الخراج. وقد شفى بعد استئصالها. وهذه القصة تعلمنا أيضاً ألا نأخذ بجميع ما يقوله المريض

فتق أثره الالتحام

كثيراً ما يخضع المريض لعملية ثانوية لعلاج الفتق المتخلف في أثره الالتحام. مما يكون عاراً عظيماً على الجراحة العصرية. وذلك لقلة العناية الوقائية. وليس من الضروري أن تترك المريض بفتق في بطنه في موضع أثره الالتحام اذا عاجلته الخراج زائدي. أما اذا لم تتقيح الزائدة فمن العار جداً حدوث الفتق. والاحتياطات الضرورية لاتقاء الفتق هي :

(١) الغبر هو الناصور الباقي المستديم (٢) هو الذي يسيل بما فيه

- (١) خياطة حافات الصفاق خياطة محكمة
- (٢) استعمال أنابيب للتصفية بحجم مناسب
- (٣) التبكير في رفع هذه الأنابيب
- (٤) اتقاء الانتفاخ أو الاستسقاء الطبلى

الأحوال الشاذة الغريبة

كل جراح كثير العمليات لا بد أنه شاهد من وقت لآخر مرضى بما ظنه التهاباً في الزائدة الدودية من غير شك ثم ظهر بعد فتح بطنهم انهم مصابون بأمراض غريبة شاذة مختلفة اختلافاً عظيماً عن التهاب الزائدة واليك مثالا :

كان المريض من البرازيل . وعمره ١٨ سنة وتاريخ المرض هو شعوره بألم في الجزء الخرقى الايمن منذ ١٠ أيام ، وحمى ، وقيء أحياناً وفي أول يوم شاهده فيه جراحه أخذته قشعريرة وكانت حرارته ساعة العيادة ٩٩،٦ فارنهایت . ودلت هيئته على مرضه وكان عنده ييبس في عضلات البطن ، وورم فيه مضاضة في قسم الزائدة . وكان التشخيص التهاب الزائدة . وأجريت له العملية في مساء اليوم ، وقد وجدت الزائدة سليمة لاشية فيها . لكن وجد ورم صلب مستدير ثابت في الزاوية ما بين اللفائفي والقولون الصاعد ، وكان ملتصقين بالورم وكل ذلك مندمج في الأعور . وشوهدت سلسلة من الغدد المعفاوية الصلبة ، ممتدة من الورم في طول الأوعية اللفائفية القولونية . وكانت هذه الغدد كبيرة بالقرب من الورم وصارت تصغر بالتدريج كلما بعدت عنه . فظن أن الورم خبيث فاستأصله الجراح بالجزء السفلى من اللفائفي والأعور ، والقولون الصاعد ، وجزء من القولون المستعرض ، واستخرج أيضاً جميع الغدد التي فيها ضخامة ، ثم وصل باقى اللفائفي بباقى القولون المستعرض . وسار المريض بعد ذلك كله الى الشفاء حثيثاً . وبالفحص عن الورم والغدد فحصاً باتولوجياً اتضح أن الورم التهابى ، وكذلك الغدد ، وان ليس هناك ما يدل على أن الالتهاب درنى أو أن الورم خبيث . وقد احتوى الأعور على ديدان خيطية لعابها هى السبب فى الالتهاب

وفى مريض آخر حسبت الكبد البارزة المصحوبة بانسكاب تأمورى أنها خراج زائدى ولم يعرف الالتهاب التأمورى إلا بعد فتح البطن بغير فائدة
ومما حسب خطأ أنه التهاب فى الزائدة ولم يعرف إلا بعد فتح البطن الانغماد المعوى المتعفن، وسرطان الأعور، والكيس المساريق المتقيح، والتقرح المزمن فى القولون الصاعد وان تعجب من ذلك فعجب أن تعرف أنى قد فتحت البطن ، ذات مرة ، على زعم أن المرض التهاب فى الزائدة . فلما تغلغت فى العمل ووجدت أن الزائدة والأعور وجزء من اللفائفى كل ذلك ملتهب ملتصق ، وبالقرب منه غدد لمفاوية عديدة ظننت أن المرض سرطان واستأصلت الأجزاء المثوبة . وهل تدرى ماذا كان التشخيص الباتولوجى الذى لا جدال فيه ؟ قروح بلهارسية فى الأعور والقولون الصاعد .
والذى يستفاد من هذه الأمثلة الشاذة ألا يجرؤ الجراح على عملية استئصال الزائدة الا وهو على استعداد لمصادفة مثل هذه الأحوال الغريبة والعمل على علاجها حسبما تقتضيه ظروف الأحوال



الفصل الرابع عشر

الاحتباس المعوى

التشخيص - لا يقتصر تشخيص الانسداد المعوى على معرفة الانسداد المعوى فحسب، بل لا بد أن يتضمن ما يأتى:

أولاً - تمييز الانسداد فى سير المحتويات المعوية أهو كللى أم جزئى

ثانياً - تقرير موضع الانسداد

ثالثاً - استجلاء طبيعة الإصابة التى نشأ عنها وقف المحتويات المعوية

وقد لا يتيسر التشخيص بهذا التوسع الا بعد فتح البطن ولا تحسبن أن ذلك مما يمنع الجراح أن يتوسع ما استطاع الى ذلك سبيلاً قبل اجراء العملية . ولتعلم أن أكثر الأغلاط فى العلاج تنشأ إما عن عدم ملاحظة الجراح بعض علامات وأعراض مهمة وإما عن عدم حذقه فى تأويل هذه العلامات والأعراض اذا لاحظها . ولذلك كان من الضرورى النظر فى هذه العلامات والأعراض علامة علامة وعرضاً عرضاً . ثم تحليلها لاستخراج مدلولها

القيء

من لوازم الانسداد المعوى التام غالباً على غير ما هى الحال اذا ترقبه الجراح كما يحدث أحياناً . ويكون غزيراً متكرراً - بشرط عدم استعمال المخدرات - وكذلك يكون مميزاً لدرجة ما .

والمعتاد أن تقذف محتويات المعدة ، أولاً ثم يصير القيء صفراوياً ، فبنياً ، ثم بلون البراز . ولتعلم أن هذا التغير التدريجى فى خواص القيء مما يساعد على التشخيص ، وعليك تفهيم ذلك للممرض أو الممرضة أو ذوى المريض لكى يحرصوا على عينة منه ليفحص عنها الطبيب بنفسه . فاذا كان الانسداد فى الجزء العلوى من الامعاء فالقيء

لا يمكن أن يصل الدور الذى يكون فيه برازى الشكل لأسباب ظاهرة . على أن الانسداد أكثر ما يحدث فى مواضع من السفلى بحيث تسمح للقيء أن يتخذ الشكل البرازى . ولست بحاجة إلى أن أذكر أن الواجب على الجراح أن يتعرف التشخيص قبل أن يصل القيء إلى هذا الدور مستعيناً بفزارة مواد القيء وبالتغيير التدريجى فى المواد المقذوفة

ومن المهم معرفة زمن ظهور القيء . فإذا ظهر مبكراً دل على أن الانسداد إما فى الجزء العلوى من الأمعاء وإما أن السبب الذى أحدث الانسداد حاد كاختناق الفتق مثلاً على غير ما هى الحال فى الانسداد الناشئ عن ضيق فى المعى بورم . فكل قيء مبكر فى مريض بانسداد فجائى لم يكن عنده أوجاع سابقة دليل على انسداد بسبب حاد أو انسداد فى الجزء العلوى من الأمعاء

المغص

من الأعراض الدالة على انسداد الأمعاء وكثيراً ما تكون الآلام المغصية العرض الوحيد الذى يستدل به على الانسداد الجزئى . ويختلف الألم المغصى المتقطع عن الألم المستمر فى الإلتهاب البريتونى اختلافاً عظيماً . وما المغص إلا حركات دودية قوية بغير فائدة على غير ما هى الحال فى الإلتهاب البريتونى اذ تقف فيه هذه الحركات كما أسلفنا

ولتذكر، أيها الجراح، مغص السم الرصاصى، ومغص التابس الظهري، والمغص الكلوى وغير ذلك من الآفات التى تكون خارج البطن ، وفى كل أولئك يمكنك استجلاء شواهد أخرى على السبب الحقيقى للمغص بينما ينقصك سائر الأعراض وعلامات الانسداد وجدير بك أن تعرف أن المرضى المصابين بانسداد جزئى فى أمعائهم كثيراً ما يقولون لك إن تناولهم المليينات يزيد المغص عندهم ولذلك يفضلون الامساك . وحقيق بك أن تعنى بمثل هذا التاريخ إذا سمعته من المريض لاتهم حالته بالانسداد .

الامساك

يكون الإمساك عادة كاملاً إلا إذا كان الانسداد جزئياً، وحتى أنه إذا كان الانسداد في الجزء العلوى فإن الجزء السفلى من الأمعاء يكون خالياً حينما يدعى الجراح لعيادة المريض فلا تخرج الحقنة الشرجية برازاً ولا أرياحاً . على أن هذه القاعده لا تطرد . فقد روى أحد الجراحين أنه حقن المريضة حقناً شرجياً أربع دفعات وكانت تخرج في كل دفعة مواد برازية جامدة . وكانت المريضة فتاة في السادسة عشرة من عمرها ومصابة بتعتمد معوى في الجزء السفلى من المعى اللغائفى . وكان عند المريضة إمساك مزمن من قبل مما أضل الجراح في تشخيصه إذ زعم أنها مصابة بامساك شديد وفوت الفرصة التى كان يمكن فيها رد التعمد لأنه أرجأ العملية ثلاثة أيام . وقال إن غلطته نشأت عن اهتمامه بعرض أو عرضين بدلاً من اهتمامه بجميع الأعراض والعلامات صبرة . ثم استأنف قائلاً : إن عذاب ضميره كان يكون شديداً لولا أن الله قد من عليها بالشفاء

وإنه وإن كان من الممكن الخطأ في مدلول الحقنة الشرجية التى تعمل على سبيل الاختبار كما حدث في المشاهدة التى ذكرت إلا أن من الضرورى عدم اهمالك إياها لأنها دليل نافع في مجموع الأحوال

وفي الانسداد الجزئى في الجزء السفلى من الأمعاء الغليظة يدل التاريخ على إمساك متزايد وقد يتناوب الإمساك والإسهال . وقد ثبت التاريخ الإسهال فقط ؛ وتغلب الإصابة وقتئذ في المستقيم . ويروى بعضهم أنه شاهد مريضين مصابين بسرطان في المستقيم أضل تاريخ الإسهال عندهما الجراح فلم يفحص عن المستقيم ، بل لم يهتمه بالسرطان زمناً طويلاً

ومن الملاحظ أن المريض بالانسداد في الأمعاء الغليظة قد يمكنه أن يعين لك موضع الانسداد مما لا يتفق له إذا كانت الانسداد في الأمعاء الدقيقة . فلتنبه الى هذه الحقيقة .

الاستسقاء الطبلي في البطن

علامة على تأخير سير المواد الهضمية في الأمعاء . وقد يكون هذا التأخير عن أسباب أخرى غير الانسداد كوقوف الحركة الدودية من الالتهاب البريتوني مثلاً . على أن هذه العلامة لها شأنها . ويلزم أن نرتاب في وجود الانسداد إذا لم يتضح شيء من الاستسقاء الطبلي ، أما الاستسقاء الطبلي المصحوب بحركات دودية عنيفة لا تخففة فما يدل على الانسداد . ولتعلم أن الانتفاخ الطبلي مما يعوق الإجراءات العملية التي يراد اتخاذها ولذلك يحسن تعرفه بأقرب ما يمكن للعمل على تخفيفه في الوقت المناسب

الحركات الدودية العنيفة

هي من أحسن العلامات للتمييز بين الانسداد المعوي والالتهاب البريتوني ، فالبطن الصائت ذو القراقر غير البطن الصامت . وفي النحيف من المرضى الذين هم مصابون بشيء من الانسداد الجزئي يبدو تقلب الريج في الأمعاء بالحركات الدودية العنيفة التي تمكن مشاهدتها غالباً ويسهل جسها . ولعلها تساعد على تعيين موضع الانسداد ولو لم يكن هناك ورم في البطن

الورم المحسوس في البطن

من أوثق العلامات على موضع الانسداد ، ويجب الفحص عنه في كل مريض . وإن لم ينكشف الورم قبل العملية ينبغي للجراح أن يجس البطن بعد تخدير المريض وهو على منضدة العمليات ، وقبل شق البطن . والفحص الشرجي لازم في كل حال

مضاضة البطن وييس العضلات

من العلامات التي يجب استقراؤها . وكلاهما مما يشاهد في الانسداد والالتهاب البريتوني ؛ على أنهما في الالتهاب أشد منهما في الانسداد . أما المضاضة الموضعية والييس الموضعي فأقرب حدوثاً وأكثر دلالة على موضع الانسداد الحقيقي .

النبض والحرارة

كلاهما من الوسائل التي يميز بها الجراح بين الانسداد والالتهاب البريتوني . ففي الانسداد لا يزداد النبض إلا في الأدوار الأخيرة ويكون غالباً شاهقاً ليناً . أما في الالتهاب البريتوني فيكون سريعاً خيطياً وقد ترتفع الحرارة في الانسداد وهي غالباً في الانسداد أدنى منها في الالتهاب البريتوني

التاريخ

له شأن عظيم في إرشادنا الى الانسداد والى طبيعة سببه . فهو ، إذا حدث فجائياً بغير اعراض سابقة ، دليل على إصابة حادة كاختناق الامعاء . فان دل التاريخ على إمساك حديث ، وآلام مغصية متكررة ، أو اسهال فقد نهتدى به الى تتبع الرأى الصواب في المرض

البحث بالاشعة

هو أنفع ما يكون في الانسداد الجزئي لتوضيح مكان الانسداد . وإياك أن تهمله إلا اذا استطعت الوقوف على موضعه بغيره من الوسائل . هذا الى أنه مما يساعد على التمييز بين الانسداد الحقيقي في الامعاء بسبب آفة معينة وبين أحوال أخرى تكون صورتها الاكلينيكية قريبة المشابهة بالانسداد كالالتهاب البريتوني الدرني وسقوط الأحشاء البطنية

اغلاط التشخيص

قد فصلنا علامات الانسداد المعوى وأعراضه لأن أكثر ما يقترب من الاغلاط إنما يكون من اهمال القواعد التي أشرنا اليها هذا الى أن الجراح قد يكون على صواب في رأيه بأن المريض مصاب بانسداد معوى ، وقاما يغنى ذلك ان لم يحاول معرفة طبيعة الانسداد وموضعه بالتقريب قبل العملية ؛ لأنه ان لم يحاول ذلك صارت العملية فوضى بلا ترتيب ولا نظام ونأى^(١) بها الجراح عن فنه . ودونك مثلاً يوضح لك ما أريد :

دخل في المستشفى ، مريض بعلامات انسداد معوى نشأ تدريجاً ، وصار ، أخيراً ، كاملاً تقريباً . ولسبب ما زعم الجراح أن الانسداد في الجزء السفلي من الأمعاء الغليظة فعمد الى اجراء عملية شق القولون في الأربية اليسرى ؛ لشدة المرض والانتفاخ . فلم يستطع أن يخفف عن مريضه . ففكر في فتح البطن في الخط المتوسط ، فوجد أن المرض في القولون المستعرض ، ولجأ أخيراً الى شق الأعور ، وأقلع البطن . فتلوث الجرح المتوسط ، وتكون ناصور برازى فيه ، وكانت حالة المريض ، أخيراً ، مما يرثى لها لوجود ثلاثة نواصير معوية بينما أن المرض الأصلي لا يزال باقياً على حاله

ومما يصعب اتقاؤه من الخطأ هو ألا يحسن الجراح تأويل طبيعة الإصابة فلا يعرفها كنه المعرفة بعد استجلائها بالعملية وتبين موضعها تماماً

فالتهاب محيط القولون^(١) الناشئ عما يسمى بالالتهاب الردي^(٢) قد يابس^(٣) كثيراً بالورم الخبيث ، فيحسب أنه أبعد من أن يعالج بالاستئصال . وسبيل التحرز من هذا الخطأ معرفتك ، أولاً ، أن الالتهاب الردي قد يحدث ورمًا في المعى قريب المشابهة بالسرطان ، ثم معرفتك ، ثانياً ، شكل الالتهاب الردي والسرطان حق المعرفة بالعين العارية

الالتهاب الردي أو كما يسميه بعضهم التهاب الزائدة في الجهة اليسرى مرض ينشأ عن التهاب تمديدات كيسية تنمو من القولون النازل في الجهة اليسرى وتكون ذات فتحات صغيرة في السطح الباطن من القولون . فاذا نظرت الى باطن الأمعاء وجدته مثقوباً بثقوب كثيرة تمر فيها الأصبع الصغيرة ، وكل تمدد زائدة ثربية متصله بطرفه وهذه التمديدات تلتهب كما تلتهب الزائدة الدودية . ولعل التهابها ينشأ عن الإمساك المستمر المصحوب بالتهاب قولوني مزمن . أما أعراض الالتهاب الردي فخير ما يذكر بها التسمية التهمكية بالتهاب الزائدة الدودية في الجهة اليسرى . فأعراضه أعراض التهاب الزائدة الدودية ، وعلاماته علامات التهاب الزائدة الدودية ، ولكن في الجهة

(١) التهاب محيط القولون هو ما يسمى بالانكليزية Pericolicitis

(٢) التهاب الردي هو ما يسمى بالانكليزية Diverticulitis.

(٣) يخبث

اليسرى . وأحياناً يتولد عنه خراج حاد يحتاج الى التوسط الجراحي . وتارة يأتى
الالتهاب حاداً ، ثم يزول بغير تقيح ، كما يحدث فى التهاب الزائدة الدودية ، فيعترى
المريض ألم حاد شديد فى الجهة اليسرى ، ويأخذه القيء ، ولا يستطيع المشى فيرقد
فى سريريه . ويرتفع نبضه . وترتفع حرارته ، وتضعف شهوته للطعام ، ويتسخ لسانه
ويكون المريض مصاباً بامساك أو بإسهال وقد يتناوبان . وتزداد مرات البول ؛ لأنه
إذا تجمع فى المثانة زاد الألم . وموضعياً توجد مضاضة باللمس ، ويبس فى العضلات
فى المربع الأيسر الأسفل من البطن حيث توجد مقاومة محسوسة بالجلس ، وقد يوجد
ورم غير محدود

ولقد مرّ بك ما ذكرت من أن الاسهال المزمن الناشئ عن ضيق خبيث فى
المستقيم ، فى مريضين ، لم يدفع طبيهما المعالج الى اتهام المستقيم بورم خبيث . واليك
مشاهدة :

بدأ مريض يشكو ، قريباً ، من امساك مغصى فى البطن . وبالاستفهام قال إنه شعر
بأن المحتويات المعوية تقف فى موضع معين فى الحفرة الحرقفية اليسرى . وكذلك قال
بأن الملينات كانت تزيد المغص . وبالرغم من أن الجراح الذى رآه مع طبيبه نصحه
بالخضوع للعملية فإنه لم يتضعض لها الا بعد بضعة أشهر إذ صار الانسداد كاملاً . لقد
كان عنده ورم خبيث فى الاثناء السينى ، وفاتت فرصة استئصاله بتأخير استئصاله

علاج الانسداد المعوى

للجراح فى علاج الانسداد المعوى غرضان : استئصال السبب ، وتصفية الامعاء
المتنفخة بأسرع ما يمكن لنشل المريض من التوكيميا التى تهدد حياته
وقد يتيسر للجراح فى بعض أحوال معينة ، اتمام هذين الغرضين معاً . ويكون ذلك
فى الأحوال الحادة التى يشخصها الجراح سريعاً فيسحقها بالعملية قبل أن يعرض
للأمعاء أعلى الانسداد ما يحرمها قوة دفع المحتويات المعوية بالحركات الدودية بعد
ازاله سبب الانسداد

وهذه هي الأحوال المرضية . وأكثر ما تكون في الفتق المحتق ، والانسداد برباط واحد أو بأربطة صغيرة ، وقد تكون في الانسداد بحصاة الكبد وبالحصاة المعوية وبالأجسام الغريبة المبلوعة ، وحقيق بي أن أذكرك ، أيها الجراح ، بكلمتين بشأن الأجسام الغريبة

فأما الكلمة الأولى فهي ضرورة إزاحة الجسم الغريب إلى موضع أسفل من موضعه حيث يكون المعى سليماً ، فيعمل الشق لاستخراجه . وحوشيت^(١) أن تنسى أن من الخطأ قطعك على الجسم الغريب في موضعه مباشرة إلا حيث لا يمكن إزاحته إلى الأسفل ، لأن المعى في موضع الجسم الغريب وأعلى منه لا يعد سليماً لائقاً للشق . وأما الكلمة الثانية فبشأن الأجسام الغريبة التي تقف عند الصمام اللغائفي الأعورى ، كما يحدث كثيراً ، وعليك ، ههنا ، أن تدفعها إلى الأعور . والآن تعمل الشق إلا بعد فشلك في إرسالها إلى الأعور

ولنتكلم ، الآن ، على تلك الأحوال التي يتيسر فيها للجراح أن يستأصل سبب الانسداد بعد أن تتلف الأمعاء أعلاه من طول الانتفاخ بالمواد السامة وتبطل الحركة الدودية فلا تقوى على دفع المحتويات المعوية . وقتئذ يجب إخلاء الأمعاء المشلولة ولهذا الغرض ، يمكن أن يشق الجدار المعوى ، وتستفرغ المحتويات ، ثم يخطط الشق . وعيب هذه الطريقة أن الأمعاء تنتفخ سريعاً ، وإن الشق عمل في منسوج معوى تالف غير سليم . ولا جدال في أن العيب عائب ، وعائب جداً . وعلى ذلك فالأفضل تهيئة التصفية المعوية لكيلا تتوانى المحتويات في الخروج فيخف عن الأمعاء العبء السام . والطريقة أن توضع أنبوبة من المطاط بقطر لا يزيد عن نصف القيراط وتثبت في الأمعاء ، ثم في فتحة تعمل بغوص^(٢) المشروط ، بعيداً عن جرح العملية . وحاشا أن تنسى ما يجب عليك من العناية للتحرز من تلوث الجرح الأصلي بما يخرج من الجرح الآخر الذي فيه الأنبوبة . على أن هذه الطريقة لا تخلو أيضاً من العيب لعمل ناصور متصل بالمعوى الدقيق على أن الناصور أخف ضرراً لأن الجراح إنما يعالج ههنا مريضاً يكتشفه

الخطر لتأخر التشخيص وفوات الوقت الذى كان يكون فيه أقرب الى السلامة .
والوصول اليها لا بد للجراح من السلوك فى هذا الطريق الوعر . هذا الى أن أغلب
الأحوال التى يتأخر فيها التشخيص هى التى يكون فيها الانسداد فى الجزء الأسفل
من الأمعاء ولا سيما الأمعاء الغليظة ، وينسب التأخير الى طول الزمن الكامن وبطء
ظهور الأعراض المميزة مما يغلب فى الانسداد فى الجزء الأسفل . وعلى ذلك تكون
التصفيه التى يراد عملها فى الأعور أكثر منها فى المعى الدقيق وليس الاعتراض على
فتح الأعور وجيهاً

ويغلب أن يكون الانسداد الذى فى الأمعاء مما يقتضى علاجاً له استئصال جزء
من المعى ، وعلى الجراح أن يقرر يعمل مباشرة ،

(١) الاستئصال ، ثم الوصل بغير تصفية

(٢) أو الاستئصال ثم الوصل مباشرة ، بتصفية

(٣) أو الاستئصال ، ثم التصفية ، بغير وصل مباشرة

(٤) أو التصفية

(٥) أو الوصل فقط ، وارجاء الاستئصال ، أى تقصير الأمعاء ، والالتجاء الى

الاستئصال فى المستقبل

(١) فأما أحوال الانسداد التى تصلح للاستئصال المباشر والوصل بغير تصفية

فهى أحوال الانسداد الغير الكامل ، وأحوال الانسداد الكامل فى المعى الدقيق .

والرأى أن تستأصل من الأمعاء المنتفخة أعلى الانسداد كما ظهر عليه العطب والتلف .

فلا يكفى أن تستأصل الجزء المتغير فقط فى فتق محتق مهمل مثلاً . فعليك أن تستأصل

الجزء التالف المتمدد من الأمعاء أعلى الانسداد

(٢) وأكثر أحوال الانسداد الكامل فى المعى الغليظ يناسبه الاستئصال فالوصل

مع التصفية . فإذا كان هناك ، مثلاً ، ورم فى القولون المستعرض وكانت حالة المريض

غير رديئة جداً عمل الاستئصال فالوصل فتصفية الأعور بانبوبة من المطاط . وهذه

الطريقة أفضل من

(٣) الاستئصال والتصفية لوضع أنبوبة في الطرف المفتوح من الأمعاء لأنك تحتاج الى عملية أخرى لسد الشرج الصناعي . وقد يكون من الصعب الوصول الى نتيجة مرضية . فإذا كانت هناك أسباب تحول دون الاستئصال ثم الوصل المباشر فالأفضل الالتجاء الى

(٤) شق الأعور وارجاء الاستئصال حتى تتحسن الحالة المرضية والعمومية .

والقواعد الأساسية التي يبني عليها العمل هي :

أولاً - تهيئة الوسائل للأمعاء المنتفخة لكي تتخلص من محتوياتها فإذا طال الانسداد وبطلت الحركة الدودية ، ولم تقو الأمعاء على فصل المحتويات فالتصفية ضرورية
وثانياً - معرفتك أن الأمعاء المنتفخة أعلى الانسداد لمسافة ما غير سليمة ويكون منسوجها غير مناسب للأغراض الجراحية

(٥) أما تقصير الأمعاء بغير استئصال فوسيلة غير مرضية لتخفيف الانسداد لتركها كيساً من الأمعاء حشوه مواد شديدة السم . وبالاختصار لا تؤدي هذه الطريقة إلى الغرض الذي يرجوه الجراح

صعوبات الوصل المعوي وأغلاطه

الوصل الجانبي - يفضل الوصل الجانبي عن الوصل الطرفي . وليترك النوع الأخير للخبيرين فان نتائجه حتى من أيديهم تكون أقل شأنًا . ومن عيوب الوصل الطرفي صعوبتها ، ونضحها ؛ وهو أكثر في الوصل الطرفي منه في الوصل الجانبي ، وحدوث شيء من الضيق في المعى . ويستحيل اتقاء هذا الضيق الذي يكون غالباً كافياً لإحداث متاعب قابلة . أما أحوال الوصل الجانبي فقد تعقبها بعضهم سنين كثيرة سواء أكانت في المعى الدقيق أم في المعى الغليظ ولم ير منها علامة على الانسداد الجزئي أو عرضاً رديئاً وإذا أتقن عمل الوصل الجانبي فالأغلب عدم نضح الامعاء في موضع الوصل ، وإنما يكون النضح في الطرف المقطوع من الامعاء في موضع الاستئصال . ولهذا يلزم سد كل من الطرفين المقطوعين بخياطة دائرية ، أولاً ، ثم يقلب الطرف الى الداخل ،

ويعمل صفان من الخياطة المستمرة بطريقة لمبرت . وبذلك يؤمن التضخ . ويجب أن يعمل الوصل الجانبي طويلاً مخافة الضيق ، فلا يكون الشق في المعى أقل من قيراطين ونصف . ويلزم أن يكون الوصل بالقرب جداً من الطرفين المقطوعين لكيلا يترك جزء أعور في كل ناحية قد تتراكم فيه المواد البرازية

ومن دقائق الصنعة التي لا بأس من ذكرها بشأن الاستئصال المعوى هو وضع الجفوت الضاغطة على الامعاء على مسافة بعيدة عن موضع القطع لكي تسهل الخياطة قبل رفع الجفوت

ومن الضروري ، في كل الأحوال ، سد الفتحة التي في المساريقا عقب اتمام الوصل بعد الاستئصال . فان لم تسد الفتحة فالخطر قريب من مرور بعض عروات المعى في الفتحة وحدوث الانسداد المعوى

الشرح الصناعي والشق القولوني

إذا كان الجراح على وشك احداث فتحة ناصورية في المعى للتصفية فعليه أن يتحرى أهذه الفتحة وقتية أم دائمة لأن طبيعة الحالة تقتضى ذلك . فان كانت الفتحة وقتية فعليه ألا يخرج شيئاً من المعى خارج الجرح الذي في جدار البطن لأنه اذا عمل الفتحة وكل محيط المعى داخل البطن فالفتحة تنسد من نفسها متى لم يكن هناك انسداد أسفل الفتحة

أما اذا كان الغرض عمل شرح صناعى دائم فليخرج عروة من المعى كاملة من جرح البطن لكي يخرج من الفتحة كل ما يمر في القناة المعوية دون أن ينتقل منه شيء الى المعى أسفل الفتحة فتحدث عند المريض تعباً . والطريقة أن تستخرج عروة معوية من الجرح وتثبت بتمرير مرود من الزجاج خلال المساريقا ، وابقاء المرود الى أن تتم الالتصاقات . وهناك خطر غريب في هذه العملية ، وهو خطر من السهل التحرز منه وهو تمزق المساريقا القولونية القصيرة إما في أثناء العملية وإما بعدها من الاستسقاء الطبلى وقد رأى بعضهم مريضاً في الشرحة بسبب هذه الحادثة . ولاتقائها يلزم أن يشق

المساريقا، ان لم يكن طويلاً، شقاً قريباً من القولون وموازيًا له وبطول يكفي لاستخراج عروة معوية بغير خطر من التوتر. ومن المتاعب ما يحدث بعمل الشرح الصناعى الدائم قريباً من الشوكة الحرقية الأنسية العليا فيصعب ضبط الشرح بحزام الشق القولونى . ويحسن عمل الشق القولونى ، فى كل حالة ، خلال العضلة المستقيمة ، فذلك خير من عمله فى وضع جانبي .

ويمنع سقوط المعى فى المستقبل خلال الشرح الصناعى بما يأتى :

(١) يجذب المعى الى الخارج أوان العملية لكيلا تبقى عروة سائبة أعلى فتحة الشق

(٢) وبخياطة طبقات جدار البطن خياطة محكمة لكيلا تبرز أثره الالتحام فى

المستقبل ، ولكى لا يبقى الا ممر صغير خلال الجدار البطنى

ولا بد من ذكر الخطر الذى يحدث من استنشاق المريض مواد القيء وهو تحت تأثير المخدر ، فى عمليات الانسداد المعوى . وما أنسَ لا أنسَ مريضاً عملت له عملية التعمد المعوى. وكان الجراح ماهراً سريعاً فلم يستغرق فيها أكثر من ثلث ساعة فحدث عند المريض قيء ، والجراح يضمّد الجرح ، فاستنشقه المريض مختنقاً على منصدة العمليات . حدثت هذه الحادثة وأنا طبيب امتياز بمستشفى قصر العيني . وأضمن وسيلة لاتقاء هذه الحادثة الموبقة غسلك المعدة قبل العملية واستعانتك بمنوم خبير.



فصل الخامس عشر

عمليات المعدة

أن من شروط فلاح الجراح وفوزه العقل الراجح والدهن الحاضر . وهناك ؛ لا شك ، درجات بين العقل الراجح والعقل الرقيق . ودرسك التاريخ الحديث لجراحة المعدة يبين لك أن الجراحين ذوى العقل الرقيق هم الأكثر . ذلك لأن جدول الأغلاط فى جراحة المعدة عجب عجب ، لا يكثرتها فحسب ، بل ولسخاقتها . وأكثر هذه الأغلاط راجع الى عمل الوصل المعدى المعوى لتخفيف القيء أو لاعراض أخرى بغير تدبر الظروف الخاصة . فمن الصحيح أن القيء الدائم يمكن شفاؤه ، فى بعض ظروف معينة بعملية الوصل المعدى المعوى اذا عملت بحذق واتقان . فاتباع هذه الحقيقة مع تناسى الظروف الخاصة هو سبب اكبر عدد من الأغلاط الشائعة فى الجراحة المعدية .

أتعلم أن المرضى بالقيء الناشئ عن السم البولى ، والمغص الرصاصى ، والتابس الظهري ، وورم المخ ، والأنيورزم الصدرى ، والحمل فى أوله ، والتهاب الزائدة المزمن والتهاب المرارة ، وحموضة الدم ، ومرض ما نير ، والسل الرئوى ، وضيق مجرى البول ، والمستيريا ، وحتى القيء الذى يحرضه المريض بأصبعه ، أتعلم أن كل أولئك الأنواع قد حسبت مرضاً فى المعدة فعملت لها عملية فى أغلب الأحوال

وهناك آفتان فى المعدة تستدعيان الوصل المعدى الصائمى ، وهما الانسداد المعدى والقرحة العفجية . والغرض من العملية هو السماح لمحتويات المعدة بالمرور مباشرة الى الصائم ، وذلك أما لعدم سهولة المرور بالطريق الطبيعى بانسداد ما ، وإما ارادة تجاوز المحتويات المعدية العفج لوجود قرحة فيه

إن الانسداد البوابى يحدث الماء ، وتعدداً فى المعدة ، وقياً ، وهزالاً ؛ فاذا غاب عرض من هذه الأعراض فلتكن اشارتك بالعملية بكل تؤدة ورزانة . ولا تنس أن

يكون الفحص عن المريض كاملاً . وكما قلت العلامات التي وجدت بها بالفحص اشتدت حاجتك الى زيادة الفحص . وحتى اذا قويت الشواهد على مرض المعدة فلا تهمل الطرق الاكلينيكية التي تزيدك نوراً على نور . ومن هذه الطرق الفحص بالأشعة بعد طعام الباريوم ، والفحص عن محتويات المعدة . ولتعلم أن الفحص بالأشعة ضروري وأن الفحص عن محتويات المعدة ، وان يكن أقل فائدة إلا أن التغاضي عنه لا يكون مأمون العواقب فزيادة حامض الهيدروكلوريك ، مثلاً وان لم يكن برهاناً على قرحة غير خبيثة إلا أنها علامة عظيمة عليها

وان لم تكن لدينا المعلومات كافية شافية بشأن حامض الهيدروكلوريك في المعدة فقد تقع في حيرة شديدة بعد فتحها ، ولا يبعد أن تستأصل جزءاً كبيراً من معدة المريض بغير مبرر اذا تكون القرحة بسيطة يمكن علاجها بوسائل أخرى كما لا يبعد ، من الجهة الأخرى ، أن تتردد في استئصال جزء من المعدة اذا يكون المرض حديثاً في أول ظهوره . واذا عرفت أن الجراح لا يستطيع إلا أن يخمن على التشخيص الصواب حسب ظنه ، فهو ، لا شك ، مخن عليه خطأ اذا لم يستجمع كل العلامات المؤكدة

وقد يكون اكثر الزلل ، في الجراحة العصرية ، من اهمالك العمل متعاوناً مع غيرك وبعبارة أخرى قد يريد الجراح أن يدرك كل حاجته بنفسه . وليس هذا من أصالة الرأي ؛ لأن مصلحة المريض تقتضى تعاون جملة أفراد وتأزرهم . فالمصلحة تستدعي أن يعمل ، مع الجراح ، الطبيب ، والباثولوجي ، والمتوفر على الأشعة ، والمخدر ، والمساعد . ولا بأس أن يدعى من يريد من الجراحين القرح المعلى واليد الطولى

القيء

خواص القيء الناشئ عن الانسداد البوابي هي غزارته وكونه اتفاقياً . فاذا كان القيء مراراً في اليوم ؛ أو اذا كان مقدار القيء في حالة قيء دائم قليلاً في كل دفعة فعجب أن يجد الانسان انسداداً في فتحة البواب . واليك مثلاً يوضح خطر تجاهل هذه القواعد

ويبين لك ما عسى أن يحدث إذا أشار الجراح بأجراء العملية ولما يكن الفحص
الكلينيكي كاملاً :

استشار جراحاً مريض بقى مستمر وقد أجريت له عملية الوصل المعدى المعوى
قبل الاستشارة بستة أسابيع ، بغير فائدة . وبلاستفهام اتضح للجراح أن القىء كان
يحدث فى أثناء الطعام أو بعده مباشرة . ولم يكن ما يقذفه إلا ما يبلعه ملء فيه بضع
مرات . ولم يكن القىء ليحرق حلقه . وظهر من الفحص عن صدره أنه مصاب بأنيورزم
صدرى عظيم . ولم يكن القىء إلا تبجس الطعام من الضغط المرىء
والامثلة كثيرة لهذه الأغلاط ولا يتسع المقام لذكرها وليس منها كبير فائدة .

القيء الدموى

من الحقائق المعروفة أن القىء الدموى ينشأ عن أسباب كثيرة عدا التقرح فى
الغشاء المخاطى المعدى أو العفجى^(١) ، ومنها سرور الكبد ، والنزف المعدى فى النساء .
فقد رأى بعض الجراحين أن القىء الدموى من فقر الدم الطحالى حسب تقرحاً
عفجياً ، ولم تتضح الحال إلا بعد فتح البطن إرادة عمل الوصل المعدى الصائى . والحقيقة
هى أن القىء الدموى ، وإن لم يكن علامة على القرحة المعدية فهو دليل على حالة أخرى

المضاضة الشراسيفية

حذاريك^(٢) أن تحسب المضاضة فى القسم الشراسيفى علامة على إصابة موضعية .
فكل قىء تصحبه مضاضة فى هذا القسم كقىء السم البولى ، وحموضة الدم ، وقىء
الحمل فى أوله ، والسل وغيره .

عسر الهضم

كالقىء لا يمكن أن يكون دليلاً قوياً على إصابة المعدة ، لأنه قد يحدث عن السل ،
 وأمراض القلب . والنخر فى العمود الفقرى ، والالتهاب الكلوى ، وفقر الدم ، والجهود

(١) نسبة الى العفج وهى الاثنى عشرى

(٢) اى احذر حذراً بعد حذر

العضلى، وعدم جودة المضغ، وهذه بعض الأمراض التى تحدث عسر الهضم لا كلها. فلتعتبر يشكو المريض من عسر الهضم فيعطيه الطبيب التعب البزموت، دون أن يجد من وقته متسعاً للفحص عن أسنانه، فيتخذ المريض طريقه للمستشفى حيث ينصح له بعملية الوصل المعدى المعوى. وسيفعل ذلك دواليك^(١) ما دام عمل الطبيب كثيراً وما دام المريض ذلولاً

واليك خلاصة ما فصلناه تفصيلاً :

- (١) إن من الخطأ دفعك المريض لعملية فتح البطن علاجاً لعسر الهضم والقىء بغير تدبر فى جميع الظروف وتبصر فى الأمر كله
- (٢) إن الآفة الوحدة التى لا جدال فى أنها مما تعرف وتعالج بالوصل المعدى المعوى هى الانسداد البوابى. وقد يصح أن تعالج قرحة العفج علاجاً صحيحاً بعملية التقصير^(٢) لكنها مما يصعب تشخيصه ولا بد من تدبر كل شئ، والتبصر فى كل أمر قبل توصيتك بهذه العملية وحسبها وسيلة شافية

الوصل المعدى المعوى

لم تعد مسألة المزايا النسبية للوصل المعدى المعوى الخلفى والمقدم من مسائل البحث والجدال، وأصبح الوجه عند الجراحين أن يختاروا العملية الخلفية. ولست أدري سبباً لاصطلاحهم على العملية الخلفية وتفضيلها عن العملية المقدمة. والآراء كثيرة، لكن لا يخفى أن أشد الآراء ثباتاً لا يقاوم إلا قليلاً الحقائق التى تناقضها. والصواب أن الصائم سواء أوصل بمقدم المعدة أم بخلفها فالنتيجة لا شك حميدة على شرط أن تكون الصنعة جيدة والمرض مناسباً للعملية

وقد تصادف الجراح، فى أثناء عملية الوصل المعدى المعوى، حوادث معينة ومصاعب محزنة، من الأغلاط الفنية. وقد تعقب العملية هذه الحوادث والمصاعب. وإنى محدث لك منها ذكرًا لاحتمال وقوعك فيها :

(١) يقال فعلنا ذلك دواليك أى كرات بعضها فى أثر بعض

(٢) Short-circuiting.

أول هذه الأغلاط وصل المعدة بجزء آخر من الأمعاء غير الصائم . فقد رأى بعضهم تشريح جثة مريض عملت له عملية الوصل المعدى المعوى قبل موته بقليل . أجراها الجراح سريعاً مفتخراً بها لأنها كانت معرضاً للمهارة والاعجاب . هل أخبرك بماذا حدث بعدها ؟ ظهر عند المريض قيء برازى ، أشنع مما يوصف فى الكتب ، ضاق به صدر المريض وشق عليه الأمر فعمد الى سكين ، وشق بها عنقه ذابحاً نفسه . والذي اتضح من التشريح أن المعدة وصلت بالجزء الأسفل من اللفائفى بدلاً من الجزء العلوى من الصائم . دفعت الجراح سرعته ، وإن شئت فقل خفته ، فقصده الى جزء من الأمعاء ظن أنه من الصائم ، وجذبه حتى لم يبق ما يشد لقصر المساريقا ، فحسب الجزء الأسفل من اللفائفى الجزء الأعلى من الصائم ، ووصله بالمعدة

وأقل شأنًا من هذه الغلطة وصل الجزء المرتخى المتحرك من العفج بالمعدة على أنه الصائم . دعى أحد الجراحين ، ذات مرة ، ليرى فى استشارة ، مريضاً عملت له عملية الوصل المعدى المعوى منذ بضعة أيام قبل الاستشارة . وكان عند المريض قيء مستمر جعله فى حالة يأس . فعلق الأمل على فتح البطن ثانياً . والذي وجد فى العملية الثانية هو وصل العفج الذى كان متحركاً حركة غير اعتيادية بالمعدة اذ حسب أنه الصائم ، فحصل تقتل فى مكان الاثناء العفجى الصائمى . ووصل العفج بالصائم قتماثل العليل أما الغلطة التى هى أكثر شيوعاً فوصل المعدة بالصائم بطريقة تحول دون مرور المحتويات المعدية من المعدة الى الصائم بتقتل المعى فى موضع الوصل ؛ مما يمنع بعمل الشق الذى فى المعدة رأسياً تقريباً ، وبعمل الوصل بحيث يبرز الجزء الطرفى من الصائم من الجزء السفلى من مساحة الوصل . وإذا رأيت ، بعد اتمام الوصل ، ما يجعل الانسداد قريباً فضع غرزة أو غرزتين بشكل مرساة لفتح التثنية

ولطالما ترقبت أن أسمع عن حادثة انسداد عقب عملية الوصل المعدى المعوى الخلقى نتيجة عكس الوصل من أعلى إلى أسفل . لأن ذلك مما يخيل لى أنه قريب الوقوع من يد غضة ناعمة الأظفار من قلة العمل فى الجراحة البطنية تعمل وصلاً خلفياً بين المعدة والصائم بغير عروة

وما لم يتدبر الجراح في عمله فمن السهل أن يخطئ في حساب المساحة المعدية فيجد ، وهو مسترسل في الخياطة ، أنه لا بد أن يدمج في خياطته الجزء المعدى الذى يدغم فيه الترب المعدى القولونى . وقتئذ يجد على المريض خطر آخر من النضح لعدم جودة الوصل ؛ وهذا مما يحدث أيضاً بما يأتى : بعد عمل الخط الأول من الخياطة البريتونية المستمرة ، وفتح المعدة والصائم ، قد ينسى الجراح عفواً ، وهو يتم الخياطة المستمرة ، أن يضبط في خياطته الحافة البريتونية المقطوعة في موضع أو أكثر . وذلك مما يسهل وقوعه لأن الطبقة البريتونية أكثر مرونة من الطبقة المخاطية مما يجعلها تنأى عن الجراح منكشة فيتجاوزها في خياطته . ويكون هذا التجاوز أكثر احتمالاً على أثر الانسكاب الدموى من الحافات المقطوعة إذ تنهم تفصيل الجرح من النزف

ولا بد من كلمة بشأن النزف لأنه مما يكون ثمنه حياة المريض أحياناً ، ومما يستدعى أحياناً أخرى فتح البطن ثانياً لضبط الوعاء النازف . والمعتاد أن تكفى الخياطة المستمرة لمنع النزف . لكن ذلك لا يطرد . فيجب أن يتيقظ الجراح فيرى الوعاء الذى يظل نازفاً رغم المرور عليه بالخياطة ؛ لأنه يكون جديراً بالربط . وحذاريك^(١) أن تهمله لأن القى والتهوع بعد العملية من المخدر مما يحدث احتمالاً في الأحشاء ويهيج للنزف الأوعية غير المضبوطة تماماً . ورأى بعضهم حادثة استدعى فيها النزف المستمر فتح البطن ثانياً لوقفه

ولا بد من ضم الفتحة التى عملت في مساريقا القولون المستعرض في أثناء عملية الوصل المعدى المعوى الخلقى ببريتون المعدة ببضع غرز منعاً لسقوط المعى خلال هذه الفتحة ثم اختناقه . وفي أثناء عمل الفتحة في مبدأ العملية يلزم احترام الأوعية التى فى الترب

ويقال ان اختناق المعى قد يعقب عملية الوصل المعدى المعوى المقدم بسبب مرور جزء من المعى على عروة الصائم ولعل ذلك من طول العروة . أما اذا كانت العروة قصيرة فقد تحدث انسداداً فى القولون المستعرض

(١) أى احذر حذراً بعد حذر

ومن العواقب المتعبة بعد عملية الوصل المعدى المعوى تقترح الصائم الذى يفضى
أحياناً الى النزف والانتقاب

ولذلك جملة أسباب ؛ منها الانسداد الجزئى فى موضع الوصل ، ومنها عدم تعادل
العصارة المعدية تعادلاً تاماً بالعصارة البنكرياسية، ومنها استعمال خيط غير قابل للامتصاص
ومنها التعفن

والوسائل الوقائية هى العملية بغير عروة بفتحة كبيرة، واستعمال خيط قابل للامتصاص
سواءً أكان ذلك للخياطة أم لربط الأوعية والمحافظة على الطهر المعدى
ويوصى بعضهم ، عدا ذلك ، بعد عمل الوصل ، أن يخييط الثرب القولونى بالمعدة ،
بعيداً عن موضع الوصل لتسهيل العملية المستقبلية فى حالة تقترح ثانوى

وهناك شئ آخر يلزم ذكره بشأن الوصل المعدى المعوى وهو : اذا عمات العملية
ولم يكن هناك انسداد فمن الضرورى للتوصل الى الغاية المطلوبة أن يسد البواب سداً
صناعياً لأنك اذا لم تسد البواب فالمحتويات المعدية أو أغلبها ينتقل من المعدة الى العفج
بالرغم من وجود الفتحة الصناعية ما بين المعدة والصائم وبعبارة أخرى يكون الجراح
قد فشل فى غرضه وهو تقصير القناة الهضمية

هذا الى أن عدم انسداد البواب مما يساعد على ضيق الفتحة الصناعية بين المعدة
والصائم ، وربما انسدت هذه الفتحة بمرور الوقت ؛ لأن التواصير المعوية تميل دائماً الى
الانسداد الذاتى ان لم يكن هناك انسداد كلى أو جزئى فى المعى أسفل الناصور

القرحة المعدية المنشقة

لى بعض الملاحظات بشأن علاج القرحة المعدية المنشقة . فالمعتاد بعد فتح البطن
والعثور على موضع الانتقاب أن يسد الثقب بالخياطة وأن يحاول الجراح أن يقلب الى
باطن المعدة كل القرحة ثم يخييط جدار المعدة مع المحافظة على ابقاء القرحة مقلوبة الى الباطن .
ومن الغلط الشائع عمل خياطة عروة الكيس بالقرب من حافة الثقب . لأنك اذا حاولت
اقفال الثقب بشد الفتلة انقطعت الأنسجة لأن الخياطة تكون فى الجزء الصلب الذى

لا يابن حيث يكون البريتون رخواً من الالتهاب أيضاً . والرأى أن تعمل الخياطة بعيدة عن موضع الصلابة التى تكتنف القرحة

وأحياناً لا يتيسر إقفال الثقب إما من عدم الوصول إليه وإما من سبب آخر . ووقتئذ يلزم وضع أنبوبة تصريف بالقرب من القرحة . وقد لجأ الى ذلك بعضهم دفعتين فى مريضين . وكلاهما نال الشفاء . ولا بدّ من العناية لكيلا تؤذى العصارة المعدية الخارجة الجلد بالقرب من الناصور . ويتم ذلك بدهن الجلد حوله بالفازلين . وقد يظن الجراح اذا لم يتحقق من تأثير التصفية ان من الضرورى اقفال الثقب لنجاة المريض مما يسوقه الى بذل مجهود عبثاً وتضييع وقت سدى لأن ذاك مما يحدث صدمة موبقة

وأحياناً يحدث الانتقاب فى الجدار الخلفى من الكيس فيصعب التشخيص . فقد رأى أحد الجراحين مريضاً بقرحة كبيرة مزمنة فى المعدة بالقرب من الانحناء الصغير ، وهذه القرحة ثقت الجدار المقدم بالقرب من ادغام الثرب المعدى الكبدى . فاقفل الجراح المعالج الثقب ، لكن المريض توفى . وبتشريح الجثة اتضح أن القرحة امتدت الى الجدار الخلفى حيث انتقبت فى الكيس الأصغر

ولسائل أن يسأل أمن الصواب عمل الوصل المعدى المعوى عقب اقفال الثقب الذى فى القرحة ؟ وهو سؤال وجيه ؛ ولست أدري أيعمل ذلك أحد من الجراحين ؟ إن من الصواب عمل الوصل المعدى المعوى فى حالة القرحة المعدية المنتقبة اذا كان هناك انسداد فى البواب وكانت حالة المريض جيدة تسمح بتطويل زمن العملية . أما اذا لم يكن هناك انسداد فمن خطئ الرأى الوصل المعدى المعوى . فقد رأى بعضهم أحد الجراحين يعمل الوصل بعد اقفال القرحة فى مريض كانت حالته جيدة وظروفه مناسبة للعملية ، ولم تكن هناك دلالة على الوصل فمات المريض



الفصل السادس عشر

الانغماد المعوى فى الاطفال

من السهل تشخيص الانغماد المعوى اذا طرأ بشكله القياسى. فحدث فى الطفل السليم ، رضيع الثدي ، ولما يبلغ الثانية من عمره ، حدوثاً فجائياً ، بألم بنوبات منقطعة ، وبخروج دم ومخاط من الشرج ، ويمكن جس ورم فى البطن . وقد يطرأ الانغماد المعوى فى أى سن ، وقد يأتى تدريجاً فى كبير السن من المرضى ، ولا يظهر من علاماته الا ورم البطن وقد مر بك الكلام على تشخيص الانغماد المعوى مفصلاً فى فصل الاحتباس المعوى . ولا يسعنى إلا أن التمس منك أن تترىث فى تشخيصك الانغماد فى الطفل اذا كان متوقعاً من قبل النوبة ، أو اذا كانت صحته غير جيدة ، أو اذا زاد عمره عن سنتين ، أو اذا لم يخرج منه مواد دموية أو مخاطية ، أو اذا لم تجد ورماً فى البطن بالجس باليدين بعد التخدير . وحسبك بعض الأمثلة :

دعى أحد الجراحين لأجراء عملية لطفل فى الرابعة من عمره على زعم أنه مصاب بالانغماد المعوى . وكان الطفل ضعيفاً . وظهرت عليه الأعراض البطنية تدريجاً ، ولم يخرج من شرجه مواد دموية أو مخاطية . والذى دعا الى تشخيص الانغماد خطأً هو ورم فى البطن بشكل (السجق) . أما التشخيص الصواب فهو درن معوى فى البطن ودعى أيضاً الجراح نفسه جراح مقيم بأحد المستشفيات لأجراء عملية الانغماد المعوى لطفل . وكانت الأعراض دالة على هذا المرض . وبالفحص عن ملابس الطفل اتضح انها وان كانت ملوثة بالدم والمخاط الا أن مقدارهما كان صغيراً وكان لونهما اكثر اشراقاً من لونهما فى حالة الانغماد . وبالاسترسال فى الفحص اتضح أيضاً أن الطفل كان مصاباً بسقوط الغشاء المخاطى الشرجى سقوطاً جانبياً . وبرده تحسنت الأعراض كلها على أن بعض الأغلاط لا مندوحة عنها . فقد عرض فيليب ترنر^(١) فى سنة ١٩١٣ فى اجتماع جماعة الطب الملكية^(٢) طفلاً أجريت له عملية وهو فى الشهر الرابع من عمره

Philip Turner. (١)

Royal Society of Medicine. (٢)

على حسب أنه مصاب بالانغماد . وكانت العلامات : خروج الدم من الشرج ، ووجود ورم متحرك صغير أسفل السرة وإلى الجهة اليمنى منها . واتضح أن الورم هو كيس اشتمال^(١) مقره في المساريقا في الزاوية ما بين اللفائفي والقولون . ألا ترى أن الخطأ في التشخيص في مثل هذه الحالة مما لا يمكن التحرز منه

ومن مواطن الخطأ أحياناً الفرفورا من النوع المعروف بفرفورا هينوك . فليس بعيداً ههنا ، أن يوجد المغص في البطن ، والقيء ، والزحير ، وخروج الدم من الشرج ، وظهور ورم في البطن أحياناً . هذا إلى أن هذه الأعراض كثيراً ما تسبق ظهور الطفح الجلدي والاصابة الموضعية هي نزف في جدار المعى ، وأكثر ما يكون في الجزء الأسفل من اللفائفي . فإذا كان المريض في حدود سن الانغماد المعوي الحاد : ولم تظهر عليه بقع نزفية جلدية فمن الصعب تمييز هذه الحالة من الانغماد . والمعتاد لا يصحب هذه الأعراض ورم محس في البطن إذا كانت ناشئة عن فرفورا هينوك . وفي الأحوال النادرة التي يوجد فيها ورم لا يتخذ شكل السجق المميز ولا يكون بقوام ورم الانغماد . ومن أصالة الرأي ألا يبنى الحكم وتضمن سلامة الطفل على عرض أو علامة . والوجه أن يبذل الجراح أقصى جهده للوصول إلى التشخيص بدرس المريض درساً كاملاً جملة واحدة وأحياناً يوضح الفحص مرض الفرفورا الذي كان كامناً . ولا بد من توجيه عنايتك بعناية المرفقين والأليتين ، وأعلى اللوحين ، ومقدم الركبتين ، والجلد الذي على وتر اكيلا . فقد يظهر الطفح في هذه المواضع قبل ظهوره في جهات أخرى . وإياك أن تعتقد أن وجود الفرفورا يتنافر والانغماد المعوي . فهناك ما يرجح أن الانسكاب الدموي في جدار اللفائفي قد يحدث الانغماد ويكون السبب المباشر له . على أن حالة الاضطراب الدموية بوجود الفرفورا مما يستدعى الاحتياط الشديد قبل اجراء فتح البطن

العلاج

ينصح بعض الجراحين أن يعطى المصاب بالانغماد معوي حاد الأفيون أو المورفين لتسكين الحركة الدودية المعوية ومنع زيادة الورم ، وأن ينفخ الأمعاء بالهواء ، أو أن

تعمل له حقنة شرجية بتقدير كبير من الماء الدفء أو الزيت . يعمل ذلك والمريض في الموضع المنحدر من جهة الرأس يوضع أنبوبة شرجية في المستقيم توصل الى أنبوبة الحقنة وإياك أن تستعمل ضغطاً عظيماً في إرسال السائل أو الهواء الى المعى . ويمكن التأكد أنجح هذه الطريقة أم لا بوضع اليد على الورم الذي في البطن

ويرى البعض الآخر من الجراحين أن الطريقة المثلى لعلاج الانغداد هي فتح البطن ورد التداخل . والوجه عندهم أنه وإن تكن الطريقة الأولى نافعة أحياناً إلا أنها تتضمن خطراً عظيماً . ذلك لأن أصعب جزء في الرد هو أول جزء تغمد . ومن العبث رد الانغداد كله ما عدا هذا الجزء . وليس يستطيع الجراح أن يتحقق أتم الرد ومتى تم بالحقنة الشرجية ؟ قد يقول البعض إن آية النجاح وزوال التغمد خروج المواد البرازية من الشرج . على أن هذه العلامة لا يمكن الاعتماد عليها ؛ اذا عرفت ما حدث لطفل وقد عاجله الجراح بالحقنة الشرجية فخرجت المواد البرازية من الشرج ، وانقطعت المواد الدموية ومع ذلك فقد مات الطفل بالانغداد المتغفر

وليس زوال الورم من البطن على أثر الحقنة الشرجية بعلامة صادقة حتى يستدل منها على النجاح ؛ لأن التغمد الباقي - وهو مفتاح البلوى كلها - أصغر من أن يجس باليد ويروى بعضهم حالة اتخذ فيها الجراح زوال الورم من البطن عقب الحقنة الشرجية علامة على رد التغمد تماماً وكان في زعمه من الخاطئين

ولتعلم أن الحقن الشرجي قد يفيد تمهيداً للعملية لأنه يرد معظم التغمد قبل فتح البطن فيقل العمل بعد فتحه ويسمهاه . وأحياناً يحدث شيء من الرد الذاتي فيمن تضعفوا للعملية حتى ولو لم تعمل لهم حقنة شرجية تمهيدية . ولعل هذا الرد من الحركة الدودية المنعكسة بالفحص عن المستقيم بالأصبع

وعليك اذا شرعت في العملية أن تحافظ على دفء الطفل ، وألا تضع الوقت سدى في أثناء العملية . ومن الصعوبات انتفاخ البطن . فإذا خرجت عروة من المعى فمن الصعب ادخالها . وقد يصرف الجراح زمناً ليس بالقصير في إرجاع العروة وخياطة أغلاط الجراحين (١٦)

الجرح. ولا ثقاء خروج المعى يحسن عمل شق قصير بقدر ما يسمح للجراح برد الانغداد .
وليكن هم المساعد منع الامعاء من الخروج
ومن أغرب الأغلاط التي يصعب تفسيرها هو تجاوز الانغداد في أثناء فتح البطن
الذى عمل لهذا الغرض ، وقد غلط هذه الغاطلة جراح صناع خبير . كان التشخيص
الانغداد المعوى . ولهذا التشخيص فتح البطن ولم يجد شيئاً . ومات الطفل ، واتضح من
التشريح أنه كان مصاباً بتغمد لفائى قولونى . وقد توجد صعوبة في أثناء الرد . ولا تكون
عن الالتصاقات لأنها لا تكاد تتكون ، بل تنشأ عن أزيميا المعى المتغمد والمساريقا .
ولا أرانى بحاجة أن أذكرك بطريقة الرد التي يجب أن تكون بالضغط بالأصبع والابهام
على قمة الانغداد ، لا بالجذب والشد . وكثيراً ما تستطيع رد الجزء الأكبر بهذه الطريقة
ولست تستطيع رد الباقي . وقد يكون السبب ، وقتئذ ، ازدواج الانغداد أى يحدث
الانغداد ، ثم يتغمد ثانياً جملة واحدة في المعى أسفله والعلاج ، ههنا ، رد ما يرد بالضغط
ثم الفحص عن باقى الورم للحصول على موضع الانغداد الأولى وتغمده ثانياً في الجزء
الطرفى من المعى . ثم يرد الانغداد الثانوى بالجذب برفق . وربما رد الانغداد الأولى بهذه
الطريقة بغير عناء وتعب .
واليك غلطه غريبة :

مرض طفل . فكان تشخيص المرض الانغداد المعوى . وفتح البطن لم يوجد الانغداد
لكن الجراح وجد أن نحو قيراط أو قيراطين من نهاية اللفائى كان أحمر اللون غليظاً ،
وأمكنه أن يحس في الأعور ورماً صغيراً محدوداً بارزاً من الصمام اللفائى الأعورى .
فركن الجراح الى استئصاله ظناً منه أنه ورم وبالفحص عما استؤصل بعد ذلك اتضح
أن الورم لم يكن إلا غشاء مخاطياً مصاباً بأزيميا وساقطاً من الصمام اللفائى الأعورى .
ولعل الحقيقة هي أن الطفل كان مصاباً بانغداد زال زوالاً ذاتياً ، وبقي الغشاء المخاطى
المنتفخ آية على الحادثة التي لم يستطع الجراح قراءتها . أو لعل الحالة كانت سقوط
الغشاء المخاطى في الصمام اللفائى الأعورى ، مما يحدث على رأى بعضهم بتناول زيت
الخروع ، ومما يسبق الانغداد ، ويكون سبباً لحدوث التغمد في القرب من الاتصال
اللفائى الأعورى .

وأحياناً يعود الانغماد بعد العملية وليس عندى ما أبدية بشأن هذا العود . وأقرب من عود الانغماد تجدد أعراضه أو استمرار هذه الأعراض بما فى ذلك خروج المواد الدموية والمخاطية . ومن المهم أن تحسب هذه الأعراض خطأ دليلاً على عود الانغماد . ولا يحسن الجراح أن المريض فى حاجة الى عملية أخرى ان لم يمض عليه فترة سلامة وصحة . وان كنت فى ريب من أمر مريضك ، فعليك بالفحص عن الطفل وهو تحت تأثير المخدر لكي تتعرف أفى البطن ورم وهل هو محسوس ، فإذا أجريت العملية لطفل كبير أو لشاب ووجدت انغماداً فليس يكفى أن ترده ؛ بل عليك أن تتحرى سببه وتتأصله إذا أمكن . ويغلب أن يكون السبب بايأوم أو شئ آخر محسوس . فإذا تغاضيت عن هذا السبب فقد أتيت أمراً إذاً ذا عواقب وخيمة .



الفصل السابع عشر

الفتق

التشخيص - إن أول ما يحدث في نشوء الفتق المكتسب هو بروز البريتون الصفاقي خلال فتحة أو موضع ضعيف في الجدار البطني . وهذه الحادثة الأولية قد يصحبها ألم عظيم ولو لم تتضح علامة محسوسة أو ظاهرة يستدل منها على الفتق . ويميز هذا الألم حدوثه بالحركة وزواله بالراحة

ومن المهم الانتباه الى هذا الألم ومعرفة كنهه المعرفة ؛ لكيلا نخطئ فنحسبه ألماً عصبياً ، أو لكيلا يدفعنا الاعتقاد بأنه ألم التهاب الزائدة الدودية ، أو ألم الالتهاب المبيضي فنفتح البطن بغير مبرر ، ولكيلا ننسبه إلى اضطراب آخر يزول بالعلاج الدوائي وهذا الخطأ في التشخيص مما يستدعي الأسف العظيم لأنك اذا اهتديت الى سر الألم فوصفت لمريضك الرياضة البدنية التي تقوى العضلات القابضة والمبعدة للورك وعضلات الجدار البطني فقد يخف الألم ويمتنع ظهور الفتق أو يتأخر

وقد يتغاضى الجراح عن الفتق الكامل اذا استقرى مريضه وهو مستلق على ظهره وقد يصعب عليه تشخيص الفتق الخلقى الذى لا ينزل فى الصفن الا أحياناً ، والذى لا يكون نازلاً ساعة الفحص ، وكذلك الفتق الفخذى فى النساء البادئات . ويعرف بعض الجراحين حادثة فتق مختنق غير كامل (فتق رختر) فى الفخذ كانت غامضة بسبب المواد الشحمية فلم يمكن الاهتداء الى أى ورم مع العناية بالجس ، وبقي التشخيص غامضاً حتى اتضح بالمشرط . وقد لا يدرك الفتق بسبب تكتم المريض كما فى القصة الآتية :

دعى أحد الجراحين ، ذات ليلة ، لمريض بعلامات احتباس معوى حاد . ولم يهتد بالعناية والجس الأولى الى موضع الاحتباس . وبالتمادى فى الاستقراء اتضح له الفتق الفخذى المختنق . فسأل الجراح المريضة : « لم لم تخبريني بهذا الورم ؟ » فكان

الجواب : « قد خفت أن أخبرك به فتحسبه فتقاً مختقاً وتحتم على التضعف لعملية جراحية ١ »

ومن التكتبات في التاريخ الطبي بسبب إهمال الجراح وعدم صراحة المريض ما يأتي :
دعى جراح لزيارة مريض عنده قيء^(١) في يوم اشتدت فيه حمارة القيظ . فنسب الطبيب القيء الى ما يسمى عند الأطباء بقيء الصيف ، وعالجه بقارورة من الدواء . وبعد قليل دخل هذا المريض أحد المستشفيات فاتضح أنه مصاب بفتق فخذى مختق ، وكانت الأمعاء في الفتق متغفرة

أما الفتق الخلالى فقد ير عليه الطبيب دون أن يدركه لأنه لا يحدث وربما ظاهراً يتضح بالمعاينة . ومما يساعدك في تشخيص هذا الفتق معرفتك بوجوده غالباً مع كونه الخصية^(٢) . هذا الى أن الفتق الخلالى قلما يحدث من نفسه . فان لم يكن مع الخصية الكامنة فغالباً ينشأ ثانوياً على أثر فتق قديم وضع له حزام غير محكم ، أو عمل له رد بعنف .

وقلما يفتن الجراح للفتق خلف البريتون والفتق الساد بغير فتح البطن
ومن الخطأ الشائع في التشخيص حسبائك الغدة المفاوية الملتهبة في الأربية فتقاً مختقاً . وليس في ذلك شئ من الضرر اذا لم ينس الجراح الفحص عن سبب الالتهاب في الغدة الذى اتضح من العملية

وكثيراً ما تلتبس القيلة المائية بالفتق والفتق بالقيلة . وهنا يجب أن أذكرك باختبار الشفافية مما يجب أن يعمل في الأحوال التى يكون الجراح في ريب منها ، وسيمر بك ما فعله بعضهم من ارسال الآلة البازلة في فتق صغرى على زعم أنه قيلة مائية ، وهى غاطلة شائعة جداً . والقيلة المائية في الحبل المنوى منبع للخطأ أيضاً

وحسب الخراج البسواسى فتقاً في حالة امتداد ورم الخراج فيها أسفل التصف الوحشى من رباط بوبارت . وكان الورم دفعة بالسعال . وكذلك كان قابلاً للرد ، وهاتان

(١) يقال به قيء اذا جعل يكثر القيء

(٢) كمون الخصية هى الحالة التى تستر فيها الخصية في طريقها الى الصفن بعدم نزولها فيه ترجمة

Undescended testicle.

العلامتان هما سبب الخطأ لأنهما من علامات الفتق. ولو انتبه الجراح الى موضع الورم وسخونته ، ويبس العمود الفقري لصان نفسه من الخطأ وقد يصعب التمييز بين التواء الخصية الكامنة والفتق المحتق

الرد

قد لا يعنى كثيراً ، فى هذه الأيام التى أصبحت فيها الجراحة مطلقة غير مقيدة ، بموضوع الرد فى الفتق المحتق . وليس هذا من أصالة رأى فقد تقضى الظروف بالامتناع عن العملية ، كأن يكون المريض مصاباً بيوال سكرى أو كان تكون هناك دلالة مانعة تحول دون جولة المشروط . ولذلك كان من الضرورى النظر فيما يعرض من الأمور فتؤدى الى فشل رد الفتق بالتوسط باليد

إن أول ما يجب عمله هو محاولتك رد الفتق . وليكن هذا العمل التمهيدى برفق ولطف ، لأن محاولتك رد الفتق بعنف ، أو طول احتيالك فى الرد مما يرخي الأنسجة ويزيد فى ورمها . فاذا فشلت فى الرد فليبق المريض مستلقياً على ظهره وليفزع قدم السرير ، ولتوضع كمادات باردة أو كيس ثلج على الفتق . وبعد استعمال هذه الوسائل ساعة أو نصف ساعة يجرب الجراح للدفع الثانية ، رد الامعاء فى البطن ، لأن هذه الوسائل قد تجدى نفعاً عظيماً . وإليك ما يمكن أن يتأتى من الاستلقاء على الظهر :

دخل ، فى أحد المستشفيات ، مريض بفتق محتق لم يوفق طبيبه المعالج ، أو الجراح المقيم بالمستشفى الى رد الفتق رغم ما بذلاه من العناء . وحينما وضع المريض على منضدة العمليات ، ونُضى الثوب عن الأربية ، زاع الامعاء الى البطن من تلقاء نفسها . واكثر ما نشاهد هذه الحادثة فى الفتق المحتق فى الأطفال

دعاني ، ذات ليلة ، صديق لى ، وكان وقتئذ طبيب حلوان ، لمريض بفتق محتق لم يوفق الى رده . ولما رأيت المريض حاولت الرد فلم اكن اكثر منه توفيقاً . فاعتزمنا على اجراء العملية ، وقد خضع لها المريض . فلما هاء لها ، وأخذت أضغ صبغة اليود على الجلد فى مساحة العملية ، وكان المريض نائماً بالكوروفورم ، دخلت الامعاء فى

البطن ، مما أتخذ المريض من العملية ساعته ، في ظروف غير مناسبة له ولنا على أن هذه الحادثة كثيراً ما صادفتني ، ولم يكن رجوع الامعاء في البطن ليرجعني عن أن أجول جائلي (١) علاجاً للمريض من فتقه ، وضنا عليه أن يعدل عن العملية إن تركته لوقت آخر فيعاوده الاختناق في الفتق في ظروف أخرى قد تكون غير مناسبة

ولابد لك ، في تدبير الرد ، من أمرين مختلفين .

فأما الأمر الأول فهو محاولتك استفراغ ما في الامعاء من المحتويات بالضغط برفق ولطف ضغطاً متواصلاً فإذا ما نقص حجم الورم بهذا الاستفراغ فهذا أوان الأمر الثاني وهو البدء في ارجاع محتويات الفتق أى الامعاء الى البطن . وههنا يجب أن أرشدك إلى أمر ذى بال وهو ألا ترد الأمعاء صبرة أو جملة واحدة ، لأنك ان فعلت فقد حاولت المستحيل . وإنما يكون الرد تدريجاً . وأول ما يرد آخر ما نزل من الامعاء في كيس الفتق . وبعبارة أخرى إياك أن تضغط قعر الفتق ؛ لأن الضغط إنما يكون في عنق الفتق ، ولتوجه الضغط في اتجاه قناة الفتق أى في الطريق الذى سار فيه

مضاعفات الرد

ليس استمرار الأعراض بعد الرد الذى يحسبه الجراح ناجحاً نافعاً من المضاعفات الشائعة الآن شيوعه أوان استعمال عنف شديد في الرد في الأحوال التى لم يخشع الفتق فيها بالرد . أما الجراح ، في هذا العصر ، فلا يتردد في إجراء العملية إذا لم يتوضع الفتق بالرد برفق ولطف . وإليك بعض ما يحدث من العواقب الوخيمة عن عدم خفة اليد ولطفها في الرد :

أول هذه الحوادث ، في هذه الأيام ، اختناق المعى بالثرب ، إذ تدفع المعى للرجوع الى البطن بين موضعين التصق فيهما الثرب بعنق الكيس .

أما الحادثة الثانية التى تستمر فيها أعراض الاختناق بعد الرد الذى يخيّل للجراح أنه ناجح فهى التى تعرض في أحوال الفتق المزمن الكبير المحتبس . حيث تحدث (١) يقال أجل جائلتك أى أقض الأمر الذى أنت فيه

التصاقات بين الأجزاء المتجاورة من الأمعاء في الكيس . وربما كان التواء المعى وعدم تحركه الحركة الاعتيادية هو السبب في التجاء المريض الى الجراح فليس بدعاً ألاّ تزول الأعراض بنقل الجزء الملتوى الملتصق من الأمعاء من باطن كيس الفتق الى باطن البطن ويحدث أحياناً ، أن محتويات الفتق ترد الى كيس خلالى أو الى الجزء الباطن من كيس فتق بشكل الساعة الرملية إذ يكون الاختناق عند الفتحة البطنية . وربما يفقد الجراح الذى يرد الفتق ، فى مثل هذه الأحوال ، تلك القرقرة المرضية التى يعقبها زوال الورم زوالاً كاملاً فجائياً مما يدل على الرد الصحيح . ولا يبعد أن يتهم الجراح عمله وقتئذ بما يشوبه من النجاح غير الوافى

أما الرد صبرة ، وتمزق كيس الفتق أو المعى نفسه ، ورد المعى المتغير أو المنتقب ، فجائز كل ذلك توها لا فعلاً فى هذا الوقت

وقد يطرأ عند المريض بعد رد الفتق المحتق إسهال تصحبه مواد مخاطية دموية ؛ مما يحدث عن التهاب معوى موضعى فى الجزء المعوى الذى ارتبك فى الفتق . فى بعض هذه الأحوال وقد يعترى المريض مستقبلاً ، مغص فى البطن يشتد شيئاً فشيئاً وينتهى باحتباس معوى . ويعمل ذلك : إما باصابة المعى إصابة لا يقوى معها على استرجاع وظيفته ، وإما بالتصاقات ، وإما بنشوء ضخامة ليفية .

وهل أدلك على ما يحتمل أن يكون السبب فى بقاء أعراض الاختناق بعد رد الفتق بعد ما ذكر ؟ تبحت عن سبب آخر لأعراض الاختناق مبرئاً الفتق منها ولك فى الحكاية الآتية عظة وذكري :

أجريت لمريض عملية على زعم أن الأعراض التى بدت عنده ناشئة عن الفتق الكبير الذى لم يمكن رده والذى حسب أنه فتق محتبس ولم تجده العملية نفعاً لبقاء الأعراض نفسها . ففتح البطن ، فى الخط المتوسط ، وظهر أن بأمعائه سرطاناً سد القناة الهضمية وأحدث الأعراض .

حزام الفتق

إن لبس الحزام ، فى أغلب الأحوال ، يكون لغرض التلطيف فقط ، لكنه فى الأطفال المصابين بالفتق الأربى قد يرحى منه الشفاء اذا أحسن استعماله . إن الفتق فى هذه الأحوال ، يحتوى على كيس خلقى يتم الشفاء بالمحآته . فاذا وضع وضعاً متواصلاً ، وأحدث ضغطاً مستمراً من الخارج أنسدت القناة البريتونية انسداداً دائماً . وللوصول الى هذا الغرض لا بد من العناية المتواصلة فالنقص الى منع المحتويات البطنية من النزول فى الكيس منعاً تاماً . لأن تمدد الفتحة البطنية تزداد من وقت الى آخر بنزول جزء من المعى أو الثرب يحول دون انسداد الفتحة انسداداً دائماً . ولذلك ينبغى للطفل أن يلبس الحزام دائماً - ليلاً ونهاراً . وهو يحتاج الى حزامين حتى اذا ما اتسخ أحدهما لبس الآخر . ويجب أن يكون الحزام مغطى بالمطاط أو السيلولويد ليمبى نظيفاً ، ولكيلا يخلع فى أثناء الاستحمام . ومن الضرورى تخفيف الجلد فى موضع الحزام ، عقب الاستحمام ، وليوضع شئ من المسحوق عليه . فاذا أريد فك الحزام لسبب ما يجب أن ينوم الطفل على ظهره ، وأن توضع الأصبع فى مكان وسادة الحزام ، ويضغط هذا الموضع ضغطاً مستمراً حتى يلبس الحزام ثانياً . ولا تنفع الأحزمة الصوفية ولا بد أن يقوم الحزام بالضغط المتواصل وأن يكون محكماً . ولتعلم أن سر النجاح فى العلاج بالحزام هو ألا يسمح الإنسان للمحتويات البطنية بالنزول الى كيس الفتق

وعليك أن تتبع هذه الأصول اذا أردت أن تعالج الفتق فى الشاب علاجاً ملطفاً بالحزام . ولتعلم أن الفتق يميل الى النمو بطبيعته ، فكما نزل شئ من المعى أو الثرب فى الكيس اتسع وتمددت الفتحة البطنية . وبعد حين تتسع الفتحة ويتمدد الكيس وتسترخى الانسجة التى تكتنفهما فلا تقاوم كبر الفتق ، أو لا تقاوم إلا قليلاً . ووقتئذ يلقى أمر المقاومة على الحزام نفسه . فاذا ما كبر الفتق ، بعد بضع سنين ، وبقي الحزام على أصله ، أصبح لا تكفى وسادته لصدا المحتويات البطنية من النزول . وهذا مما يستدعى من الاهتمام أكثر مما يوجه عادة اليه . ولا ينتظر أن يلبس الرجل حزاماً ثقيلاً ليلاً

ومُهِاراً . ويمكنه أن يحصل على حزام خفيف ليألبسه ليلاً . وليست تنتهي مهمة الجراح بوصف الحزام للمريض ؛ بل عليه بعد أن يحصل المريض عليه ، أن يتحقق أهو محكم عليه ، وهل هو يؤدي الى الغرض المطلوب منه . وعليه أيضاً أن يفهم المريض بطريقة موجزة ما هو الفتق ؟ وكيف يلبس الحزام علاجه ؟ وكذلك يلزم أن يفهم أن الحزام ضروري ما دام الفتق ، وإن شئت فقل ما دامت الحياة . وليرشد المريض أيضاً الى ما يجب أن يبذله من العناية الخاصة اذا كان مصاباً بالسعال

فاذا نشأ ألم عن لبس الحزام فذلك دليل على أنه غير محكم ، أو على أن المريض لا يناسبه الحزام . وربما كان السبب أن المحتويات البطنية لا ترجع كلها الى البطن ، وأن الحزام يضغط شيئاً من التراب يكون ملتصقاً . ويجوز أن يكون السبب ضغط الوسادة عظم العانة اذا كان الفتق أريبياً . ووقتئذ لا يتيسر للحزام التحكم على المحتويات البطنية وصدها من النزول . والسر كل السر حصولك على حزام يلتئم والجدار المقدم للقناة الأربية فيقرب ضغطه الجدار المقدم الى الجدار الخلفي ، وبذلك يمكن ضبط الفتق بأقل ما يمكن من الضغط

عمليات الفتق

سأقصر الكلام على الفتق الأربي مخافة التطويل :

وأول الأغلاط اجراء العملية على مريض لا يناسبه العلاج بهذه الطريقة . فاذا ما تركنا جانباً الغرض من تخفيف الانسداد وازالة الاختناق فأما غرضان يجب علينا أن نتوخاهما ونتطلبهما في علاجنا الفتق بالمشرط . فأما الغرض الأول فهو شفاء الفتق شفاءً دائماً يمكن المريض من حياة عادية غير محتاج فيها الى لبس حزام . والغرض الثاني هو التخفيف والتلطيف : كأن يكون المريض مصاباً بفتق عاد لا يصلح لعلاجه بالحزام . فالغرض الشرعي المحدود من العملية في مثل هذه الحالة هو تمكينك المريض من لبس الحزام براحة ونجاح اتقاء حدوث ما لا تحمد عقباه مما يحدث والفتق غير مقيد . والغلطة الثانية هي رجوع الفتق بعد العملية الشفائية مما يحدث عن عملية رديئة ،

أو عن الإهمال في العلاج بعد العملية . ومن المحتمل أن يكون هذا الرجوع في بعض الأحوال باهمال الجراح في انتخاب المريض الصالح للعملية . وهناك نوعان من المرض لا يصلحان للعملية الشفائية .

فأما النوع الأول فهو المريض المصاب بضعف في الجدر البطنية وارتخائها ، وبرز الجزء الأسفل من البطن ، ودولته^(١) . ويتضمن هذا النوع الفتق الذى يحدث على كبر . وأما النوع الثانى فيتضمن المرضى الذين مضى على فتقهم زمن طويل فتجاوزوا الدور المناسب لاجراء العملية الشفائية . وقد لا يوجد سقوط الأحشاء البطنية ، ولا ضعف في عضلات جدر البطن ، ومع ذلك فلا يصلح المريض للعملية لوجود الفتق عنده مدة طويلة بغير قيد مما يحدث تمداً في أنسجة الفتحات الفتقية ، ويتلف انحراف القناة الأربية

والعملية الشفائية ركنان :

أولهما - استئصال كيس الفتق

وثانيهما - إعادة انحراف القناة الأربية :

أما في الأحوال التى ينشأ الفتق فيها عن كيس خلقى ، والتى لم يكبر فيها الفتق لدرجة اتلاف الأجزاء التشريحية ، فإن استئصال الكيس قد يكفى للشفاء التام الدائم أما اذا نزل شئ من المحتويات ، وتكرر النزول ، فإن فتحتى الأربية تتمددان وتقتربان ، الواحدة من الأخرى ، وبذلك يقل انحراف القناة الأربية ، ويزول ما كان لها من التأثير الصامى وهو الحائل لبرزو الأحشاء خلال جدر البطن

إن من الضرورى في هذه الأحوال ، ألا يجتزىء الآسى^(٢) باستئصال الكيس بعد ربط عنقه ، بل يجب عليه تضيق فتحتى الأربية ، وتجديد الجدار الخلفى للقناة الأربية بخياطة الوتر المشترك للعضلة المنحرفة الباطنة والعضلة المستعرضة برباط بوبارت ، وبذلك تعود المقاومة الصامية لبرزو البريتون

(١) دولة البطن ارتخاؤه ، وقد استعملت هذه الكلمة ترجمة لكلمة Visceroptosis

(٢) أى الجراح

وللعلاج بعد العملية شأن عظيم . فمن الضروري ابقاء المريض في السرير ثلاثة أسابيع بعد العملية . ونهيه عن أي مجهود عضلي شديد ثلاثة أسابيع أخرى . فان كان عمله يقتضى مجهوداً عضلياً فالواجب ألا يستأنفه إلا بعد العملية بشهرين على الأقل ، وقد لا يعنى كثيراً بعض الجراحين بهذه الاحتياطات . وأحسب أنهم ، في ذلك ، من الخاطئين . ذلك لأن ملاحظاتي تدلني على أن المبادرة الى استئناف العمل كثيراً ما تؤدي الى ضرر بين . فقد عرفت شاباً قوى البنية قد عملت له العملية الشفائية للفتق وقد عاد فتنقه ولما تمض عليه ثلاثة أشهر . إذ سمح له جراحه بمغادرة السرير في اليوم السادس من العملية ، و بالسفر الى بلده سفيراً اعتيادياً في اليوم السابع ، ولم يكن بلده قريباً . فهل عجب أن تلبث أثره الالتحام وترتخي ؟ إن أثره الالتحام ، اذا لم يمض عليها أكثر من ستة أيام ، تكون رخوة رخاوة تسمح الأصبع باختراقها . ولا شك أن أثره الالتحام يحتاج الى زمن طويل لكي تزول عنها رخاوتها وتتحول الى منسوج ليفي صلب متين

وعيوب العملية التي تهىء لرجوع الفتق هي :

- (١) تقيح الجرح مما يحدث عن الإهمال في تعقيم موضع العملية أو الأيدي أو الآلات والأدوات المستعملة الى غير ذلك مما يكون عاراً شديداً على الجراح
- (٢) وعدم جذب الكيس قبل ربط عنقه فيترك جزء صغير منه يكون فتقاً صغيراً
- (٣) وعدم محاولتك ارجاع انحراف القناة الأربية وانه وان يكن قد يكفي ، في أحوال معينة من الفتق الخلقى التي لم تنزل فيها المحتويات البطنية مراراً حتى لا يتغير تشريح القناة الأربية ، أن يستأصل الكيس للشفاء التام بغير إعادة انحراف القناة ، إلا أن من الخطر الاعتماد على هذا الرأي الجراحي . هذا الى أنه غير ممكن أن يعرف الجراح حقيقة كم مرة نزل الفتق أو ما هو زمن ظهوره . وعلى ذلك يكون من سداد الرأي أن يتحرى بنفسه حالة الجدار الخلفى للقناة الأربية ، وان يتخذ الوسائل الضرورية لتقويته اذا دعت الحال ، وههنا يحسن أن أذكر غلطة شائعة وهى الاعتماد على خياطة

الألياف المقوسة من العضلة المستعرضة والمنحرفة الباطنة برباط بوبارت في الجزء الوحشى من الشفرة الأربية . فهذا العمل فيه عيبان :

فأما الأول فهو عدم وجود جزء صفاقى فى الألياف العضلية فى هذا الموضع ، وعلى ذلك لا يمكن الاعتماد على الخياطة لمقاومة أى مؤثر على أثر مجهود القيء ، أو السعال ، أو حركة أخرى لأنها كثيراً ما تمزق الألياف العضلية

وأما العيب الثانى فهو تقليل انحراف القناة الأربية لا زيادته . وهو تقيض ما نريد والصواب لتضييق فتحة الأربية أن يبدأ بخياطة الوتر المشترك برباط بوبارت من الجهة الانسية ، وبهذا العمل ترسخ الخياطة أولاً ، ويمر الحبل المنوى منحرفاً خلال جدار البطن ثانياً ، وتتباعده فتحتنا الأربية تباعداً يحول دون رجوع الفتق ثالثاً ومن الأمور الجديرة بالذكر خياطة حافى الصفاق الغائر ، بكاتجت دقيق ، قبل خياطة الجلد ، والصفاق الغائر فى هذا الموضع منسوج مميز ولتعلم أن هذه الخياطة تؤدى الى التحام حسن متين . وقد يكون لهذا الالتحام بعض الشأن اذا عاد الفتق واضطر المريض الى لبس الحزام

وهذه كلها من القواعد الأساسية ذكرتها لك لأنك اذا لم تتبعها كانت العواقب غير حميدة .

وعليك ، فى اثناء العملية ، أن تعنى كثيراً بتختلف الأنسجة التى تصادفها مخافة الاعتداء عليها . واليك ما يمكن أن يعترض لك فى ميدان العملية

العصب الحرقفى الأربى ، والعصب الحرقفى الخشلى والعصب التناسلى الفخذى

أكثر هذه الأعصاب مضايقة فى العملية هو العصب الحرقفى الأربى ، ويرى وهو سائر على الألياف المقوسة للعضلة المنحرفة الباطنة والعضلة المستعرضة أعلى الحبل المنوى وقريباً منه . وإن لم يعن به الجراح فقد يصاب بأذى ، أو ان شق صفاق العضلة المنحرفة الظاهرة ، أو فى اثناء خياطة الوتر المشترك برباط بوبارت ، وفى اثناء خياطة

حافات صفاق العضلة المنحرفة الظاهرة ، أو في أثناء تضيق فتحة الأربية الظاهرة
ونتيجة إصابة هذا العصب بقاء مضاضة دائمة في أثره الالتحام

ويقول هارولد بروز^(١) إنه ، وهو بفرنسة ، عالج جندياً عملت له عملية الشفاء التام
للفتق الأربي دفعتين ، وعاد فنقه بعدهما ، ولم يستطع لبس حزام لما كان في أثره
الالتحام من المضاضة

واتضح من الفحص الدقيق أن الجلد فقد احساسه في مساحة الفروع الجلدية
للعصب الحرقفي الأربي ، وإن ضغط موضع معين في أثره الالتحام كان يحدث ألماً
عظيماً فأجريت له العملية ارادة العثور على العصب وقطعه أعلى أثره الالتحام ، لا رجاء
شفاء الفتق ، واستأنف قائلاً أنه خجل لعدم اهتدائه الى العصب لأن التفاصيل التشريحية
تبهمت من أثر العمليتين السالفتين فاجتزأ باستئصال اكبر ما يمكن من الأنسجة الالتحامية
ولم يدر ما نجم عن ذلك

ولست أستطيع أن أذكر ما عساه يصدر عن إصابة الفرع الخثلي من العصب الحرقفي
الخثلي الذي يكون أعلى ميدان العملية ، أو عن إصابة الفرع التناسلي من العصب التناسلي
الفخذي الذي يسير والحبل المنوى ، لكن لا بدّ من الإشارة اليهما لاحتمال إصابتهما

الحبل المنوى

كثيراً ما يصاب الحبل المنوى في أثناء عملية الفتق الشفائية في الأربية. وقد تكون
الإصابة في القناة الناقلة ، أو في الأوعية ، أو فيهما جميعاً

فأما القناة الناقلة فيغلب أن تصاب والجراح يفصل كيس الفتق ، وخاصة في الأطفال
اذ تكون القناة رقيقة لا تتحمل خشونة تداولها^(٢) وقد ترى القناة في بعض الكياس
الفتق الخلقى ، في ثنية مساريقية . والخطر كل الخطر في أثناء نزعك البريتون من هذه

(١) Harold Burrows.

(٢) يقال تداولته الايدي تداولاً أى تعاقبته فأخذته هذه مرة وهذه مرة

الثنية ؛ لأنك كثيراً ما تقطعها . وليست إصابة القناة قاصرة على قطعها على نحو ما ذكر ، بل يمكن أن يدجها الجراح في ربطه عنق الكيس ان لم يفصلها تماماً في كل طولها في ميدان العملية . وأما تمزق الأوعية التي ترافق القناة فليس من جسام الأمور إذا ربطها الجراح . وليس نادراً أن يشاهد الجراح تجمعاً دموياً في الصفن ، بعد عملية الفتق ، على أثر إصابة بعض هذه الأوعية

دعى أحد الجراحين لإجراء عملية بسبب نزف باطنى على أثر عملية شفائية للفتق . فوجد الجراح أن الحبل المنوى قطع قطعاً تاماً . وكان الجراح الذى أجرى العملية الأولى حاذقاً ماهراً ، وقد تولاه الدهول بسماعه خبر هذه الحادثة

ورم الخصية وضمورها

من العوارض التى قد تشاهد بعد عملية الفتق ، ولا أحسب إلا أنها ناشئة عن إصابة الحبل المنوى

القيمة المائية

هى مما يشاهد أحياناً بعد العملية . وتنجم عن إصابة الأوردة المنوية والأوعية اللمفاوية إصابة عظيمة تدعو الى ربطها أو الى تحترها

الدوالى

مضاعفة نادرة ، ولعلها من الغلو فى تضيق فتحة الأربية الظاهرة

جرح الأوعية الحرقمية الظاهرة والأوعية الفخذية

قد تجرح هذه الأوعية بالغوص بالإبرة فى أثناء خياطة الوتر المشترك برباط بوبارت ، ولندكر أن الأوعية الفخذية أسفل هذا الرباط مباشرة . وقد رأى بعضهم الشريان الحرقفى الظاهر وقد جرح بهذا الشكل حتى اضطرب الجراح لربطه . ويروى آخر أنه رأى الوريد الحرقفى الظاهر يجرح دفعتين . ولعل ما يحدث من تحتر الأوردة الفخذية عقب عملية الفتق يكون من إصابتها بالإبرة .

جرح المثانة البولية

قد يحدث أن جزءاً من المثانة البولية يجذب الى الأسفل مع الكيس البريتونى ؛ وأكثر ما يكون ذلك فى الفتق الكبير فى كبر السن . ويمكن تعرف المثانة بسهولة وهى ملتصقة بالكيس من ناحية الخط المتوسط . على أن الجراح قد لا يعرفها فيربطها مع عنق الكيس . وهى حادثة كثيرة الوقوع فى التاريخ الطبى ، وعواقبها وخيمة جداً . وتقضى التحرز الشديد .

وقد صادفتنى المثانة البولية فى عملية الفتق دفعتين . فأما الدفعة الأولى فكانت فى عملية فتق شفاثية لسيدة سويسرية . وكان الجزء الثانى صغيراً عرفته بسهولة . وتوقيت خطر جرحه .

وأما الدفعة الثانية فكانت فى عملية فتق أربى راجع بعد عملية أولية فى رجل متوسط العمر . وكنت أنا الذى أجريت العملية الأولية للفتق ، وكان كبيراً جداً ومختنقاً . ولعل سبب رجوعه بعد العملية عملها والأنسجة غير سليمة من الظواهر الالتهابية على أثر الاختناق . وقد أهمل المريض الفتق بعد رجوعه حتى صار كبيراً ؛ مما جعل العملية غاية فى الصعوبة لغموض الميدان التشريحي من التحام العملية السالفة . وفى أثناء محاولتى فصل كيس الفتق عثرت على شبه كيس آخر متفرع من الكيس الأولى . وقد فتحت فتحاً صغيراً للتحقق منه فإذا هو جزء متمد من المثانة البولية فأحكمت خياطته وأتممت العملية . ويسوءنى أن أذكر أنى علمت قريباً برجوع الفتق للدفعة الثالثة والمريض يستدرجنى للعملية الثالثة وقد نصحته بالاكْتفاء بما كان

صعوبة الاهتداء الى كيس الفتق

وطول البحث عنه مما يفضى الى تمزق الحبل المنوى . ويمكن اتقاء أكثر هذه الصعوبة بالفحص عنه فى موضعه الحقيقى عند فتحة الأربية الباطنة .

ويجب ربط الكيس بخرق عنقه بفتلة الرباط مخافة انزلاق العقدة بعد قطع الكيس

واختفاء جذعه في البطن . والذي يحدث عن ذلك بقاء سطح متعر في البطن قد يلتصق به جزء من المعى أو الثرب بعواقب غير محمودة .

ولسائل أن يسأل ما مقدار ما يجب استئصاله من الكيس ، فإن كان الفتق خلقياً ممتداً الى الطبقة الغمدية للخصية فاستئصال الكيس استئصالاً كاملاً يطيل وقت العملية ويعرضنا لخطر إصابة الحبل المنوي ، وخير ما يعمل هو فصل الكيس عن عنقه ، والاكتفاء بربطه وقطعه في هذا الموضع . فذلك خير لغير الخبير من الجراحين ، بل وللخبيرين أيضاً لعدم سهولة تشريح الكيس كله . والاعتراض النظري الوحيد على هذا العمل هو احتمال تخلف قيلة مائية في الأربية عن بقاء الكيس . فليكن ذلك ، فهو لا شك أرحم من العوارض الأخرى . أما إن كان الفتق مكتسباً وكان من السهل استئصال الكيس فالواجب استئصاله .

وهناك صعوبة ثان قد يصادفها الجراح في عمله في عمليات الفتق الكبير المزمن . فأما الصعوبة الأولى فهي التصاق محتويات الكيس بالكيس التصاقاً شديداً يحول دون فصلهما بغير ضرر . وخير ما يعمل في هذا الوقت هو تشريح الكيس من خارجه وفصله من الأنسجة المجاورة ، ثم قلبه الى الداخل مع محتوياته بعد إزالة ما يمكن إزالته من الالتصاقات .

وأما الصعوبة الثانية ففي الفتق الكبير المزمن المحتوى على جزء من المعى الغليظ مما لا يكون مغطى بالبريتون . ففي هذا الفتق تنزلق اجزاء من المعى الغليظ مما لا يكون له مساريقا خلال فتحة الفتق وتلتصق بالانسجة الرخوة القريبة منها . والمهم في مثل هذه الأحوال تعرف الواقع في الدور الأول من العملية لكيلا يحدث شيء من الضرر للمعى وأنت تحول ارجاعه للبطن وتخليص كيس الفتق . والمهم ، على الأخص ، معرفتك أن المعى ملتصق بالكيس ؛ بل هو جزء من الكيس لأن الجزء الخلفي منه ليس له غطاء بريتنوني .

وأحياناً يصادف الجراح الزائدة الدودية في محتويات الفتق ، وعليه وقتئذ أن أغلاط الجراحين (١٨)

يستأصلها ، قبل ارجاع المحتويات فى البطن ، مخافة أن يعترىها الالتهاب من تداولها فى أثناء العملية

وقد يزعم الجراح أن من الصعب ادخال المحتويات الخارجة اذا كان الفتق كبيراً وهو زعم فاسد اذا أجيد تجهيز المريض للعملية ، وكان المنوم بعمله خبيراً . أما الخطر الحقيقى فهو ما يمكن أن يحدث من الضيق للتنفس والقلب من ضغط المحتويات الصدرية بازديحام البطن فى الأيام الأولى بعد العملية . وللتغلب على هذه المتاعب لا بد من اتقاء الامتلاء المعوى

الخطأ فى ناحية الفتق

حدث لأحد الجراحين أن كلفه أحد زملائه لإجراء عملياته بالنيابة عنه فى المستشفى فوضع المريض على المنضدة ، وتليت ورقة المشاهدة ، فكان فيها أنه مصاب بفتق أربى فى الجهة اليمنى . وقد جهز كذلك . فابتدأ الجراح المنتدب فى عمله فى الجهة اليمنى ، لكنه لم يعثر للفتق على كيس . فزعم أن هناك سهواً كتابياً فى ورقة المشاهدة ، وأن الفتق لا بد أن يكون فى الأربية اليسرى . وقد كان . ولعل هذا السهو الكتابى كثير الوقوع وخصوصاً اذا كتبت المذكرات من فكر الإنسان لا من المريض وقت مشاهدته . وكثيراً ما يتساءل الجراح فى المستشفيات الكبيرة كمستشفى قصر العينى ومستشفى عباس ، عن ناحية الفتق قبل أن يبدأ عمله أهو فى الناحية اليمنى أم فى الناحية اليسرى لكنى لا أذكر حادثة أخطأ فيها الجراح على نحو ما ذكر

الفتق المختنق

قد يصعب التمييز بين الفتق الاربى والفتق الفخذى فى حالة الاختناق . فاذا حسب الأسى الفتق فخذياً فجعل الشق للعملية رأسياً ، ثم وجده أربياً اختلط عليه أمره بهذا الشق . والشق المستعرض الذى يوازى رباط بوبارت ويكون قريباً منه لا يربكه فى عمله

حيوية المعى

من أكبر الصعوبات التى يلاقيها الجراح ، فى أثناء عملية الفتق المحتقن البت فى حيوية المعى الذى يعرض له فى الكيس لعدم وجود مرشد صادق . والمعتاد أن يرجع الجراح فى البطن المعى اذا كان لامعاً ، مرناً ، ليست فيه بقع متغفرة ولا رائحة رديئة ، على أن مثل هذا المعى قد يحدث فى البطن ، على نحو ما سنذكر ، متاعب بسبب تحثر أوعيته أو غير ذلك . فان اعتزمت على إرجاع المعى فى البطن فمن الضروري أن تستخرج من البطن جزءاً من المعى لمعاينة الجزء الذى حدث فيه الاختناق فعلاً ؛ لأنه يكون عرضة للتقرح أو الانتهاب . ويعرف أحد الجراحين مريضاً توفى عقب العملية من الانتهاب والالتهاب البريتونى لأن الجراح الذى أجرى عملياته أغفل الفحص عن موضع الاختناق .

ويقترح بعضهم ، فى حالة الشك فى سلامة المعى وحيويته ، أن يدفع المعى فى البطن ، وأن توضع أنبوبة خلال فتحة الفتق لكى ينحصر الالتهاب البريتونى الآتى فى موضع محدود . وهذا الاقتراح قائم على حسب أن المعى الذى أدخل فى البطن يبقى قريباً من فتحة العنق ، والواقع أنه قد يتخذ مكاناً قصياً ^(١) عن الفتحة على نحو ما رآه بعضهم فى المشرحة فى مريض عملت له هذه الطريقة

على أنى قد اتبعت هذه الطريقة فى أحوال كثيرة كنت أرتاب فيها فى حيوية المعى ، وكانت النتائج حميدة ، وكنت أشاهد ، فى أثناء التضميد ، أن مقداراً غزيراً من سائل مصلى كدر أو سائل مصلى دموى يخرج خلال الأنابيب الموضوعة . وهذا السائل هو كالذى يجده الجراح فى كيس الفتق المحتقن . وكنت أحمد الله سبحانه وتعالى على الهامى باتباع هذه الطريقة لأنى أعتقد أن هذا السائل لو لم يخرج من البطن لاتخذ طريقه فى البطن ناشراً للالتهاب البريتونى ، وبأسطناً إياه فى عامة البطن ولكى يستطيع الجراح إرجاع المعى فى البطن لا بد له من قطع الأنسجة التى أحدثت

الاختناق . وههنا موضع حادثة أو أكثر . فقد يجرح الجراح المعى بالمشروط الذى يقطع به الأنسجة وهو يقطعها ، ولو لجأ الى ادخال المجس القنوى للفنق الى البطن بالقرب من باطن الكيس ، ثم قطع الحلقة الخائقة ، لأن المعى كثيراً ما ينزلق على المجس بطريقة غريبة . هذا الى أن الخطر يكون شديداً على المثانة البولية إذا صادف وجود جزء منها فى الجهة الأنسية من الكيس البريتونى عند محاولة الجراح شق حلقة الفنق من داخل الكيس . وان كان الاختناق شديداً فقد لا يبعد أن يكمل المجس نفسه الانتقاب فى الموضع الذى يكون على وشك الانتقاب . والأفضل أن يتحقق الجراح الأنسجة التى أحدثت الاختناق ، ويقطعها من الخارج الى الداخل مسترشداً ببصره فيما يقطعه . وهى طريقة ، وان تكن بطيئة إلا أنها مأمونة . وإن يكن المجس القنوى للفنق ضرورياً لقطع رباط جنبرنات قطعاً جزئياً مثلاً فى الفنق الفخذى ، فليدخله الجراح بين خلال الفتحة الفخذية بين الكيس والرباط ، لا بين الكيس والامعاء

وعليك ألا تسرف فى قطعك رباط جنبرنات لأنه من الأنسجة المهمة السائدة . ولتعلم أن الاسراف فى قطعه قد يهبط لرجوع الفنق . وليكن القطع بقدر ما يزيل الاختناق

ولتحرص الجرح كله ، وأنت تعمل بمشراطك فى هذا الدور من العملية لاتقاء خطر جرح الأوعية العظيمة . لأن الشريان الساد يتخذ طريقاً شاذاً اذ يتفرغ من الشريان الشراسيفى الباطن ، ثم يلتف حول مقدم الكيس والجهة الانسية منه قبل اتجاهاه الى الشرم الساد . ويقال انه يشد ، بهذا الشكل فى ٤ فى المائة من الأحوال ، ولهذا كان من الضروري أن يحتاط الجراح فى عمله

وقد لا يحتاج الجراح الى المجس القنوى اذا كان الفنق اريباً لأن الاختناق يكون غالباً عند فتحة الاربية الظاهرة . ويحسن أن يذكر الانسان أن الشريان الشراسيفى الباطن يمر الى الامام بالقرب من الجهة الانسية لكيس الفنق ، وأحياناً يكون على الجهة الوحشية . وهو شريان كبير . واذا قطع فقد ينزف غزيراً ويصعب ضبطه

استئصال المعى

لا بد من الكلام فى مسألتين جديرتين بالذكر بشأن استئصال المعى الذى تلف من الاختناق تلفاً يستدعى استئصاله . فأما المسألة الأولى فهى :

قد يدفع الجراح دافع طبيعى فيستأصل الجزء المصاب من المعى ، ويصل الطرفين المقطوعين بحالتهم فى جرح العملية . فإن فعل ذلك فقد يجد شيئاً من الصعوبة فى ادخال الجزء الموصول الى البطن بسبب حجمه . وقد يكون من الضرورى ، فى حالة الفتق الفخدى ، قطع رباط بوبارت لتوسيع الفتحة توسيعاً يسمح للامعاء بالدخول فى البطن . على أن هناك أسباباً قوية تقضى باتقاء قطع هذا الرباط . وأنه وإن يكن من الممكن عمل الاستئصال ، ووصل الطرفين كما يظهران فى الجرح ، الا أننا نحتاج الى فتح البطن فى الخط المتوسط لعمل الوصل . وإذا اضطررنا الى استئصال جزء كبير من المعى فالأفضل عمل ذلك كله خلال جرح فتح البطن

وأما المسألة الثانية فهى :

كثيراً ما يرى الجراح أن يستأصل جزءاً اكبر من الجزء المتغير فعلاً . والسبب فى ذلك امتلاء الجزء المعوى أعلى موضع الاختناق ، بالمحتويات السامة ولذلك يصير غير سليم ، وربما كان مشلولاً

وقد تأتى المضاعفات عقب عمليات الفتق المحتق من ارجاع المعى الذى وإن يكن غير متغير إلا أنه أصبح تالفاً ، متخثراً ، غير قادر على استرجاع وظيفته وتنضح هذه المضاعفات ، اذا تركنا التهاب البريتونى جانباً ، بشكل احتباس معوى . وأحياناً يأتى الانسداد الذى يحدث تدريجاً عقب التواء والتصاق فى المعى نتيجة التهاب بريتونى موضعى ويذكر بعض الجراحين شكلاً من الضيق فى المعى بغير التصاقات عقب رد الفتق المحتق . ويكون الجزء المعوى المصاب غليظاً قاسياً . ويحدث فيه ضيق شديد . ويسمى هذا النوع التليف المعوى الضخامى^(١)

الفتق السرى والفتق الشراسيفى

وقبل ختام هذا الموضوع لابد من ذكر كلمة موجزة بشأن الفتق السرى والفتق الشراسيفى .

ليس للفتق السرى كيس بريتوى مميز . هذا الى أن الأغشية التى تغطيه تكون غالباً رقيقة ، وتكون المحتويات ، غالباً ملتصقة بالأغشية التى تغطيها . وان لم يكن الجراح شديد الحرص فإنه قد ينال المحتويات بمسراطه . ولذلك يحسن فتح البطن ، أولاً أعلى موضع الفتق مباشرة ثم السير تدريجاً بنظام لانتهاء العملية وتستحسن الشقوق المستعرضة عن الشقوق المستطيلة لأن أغلب الياف الصفاق البطنى فى اتجاه مستعرض ، ولأن الفتق يكون من انفراج بين هذه الألياف ولتعلم أن إصابة القولون المستعرض قريبة الوقوع وأنت تربط الثرب العظيم . ويروى أحد الجراحين أنه يعرف حالة ربط فيها جزء من القولون المستعرض

الفصل الثامن عشر

اصابات الكبد والقنوات الصفراوية

خراج الكبد

ترى المرضى ، أحياناً ، وعندهم حمى مزمنة ، وعرق غزير ، وهزال سريع ، وتكون هذه الأعراض ناشئة عن خراج فى الكبد لم يشتبه فيه . ذلك لأن من الشائع جداً ، أن يتغاضى الجراح ، عن التقيح الكبدي ، لعدم وجود علامات موضعية واضحة ؛ بغير أن يسترسل فى الفحص . ولتعلم أن الألم عرض متأخر بالنسبة الى سائر الأعراض ، ولا يظهر إلا اذا امتد الالتهاب فى محيط الكبد

أما الأعراض الأولية فالحمى والهزال السريع . وكثيراً ما يتضح للجراح أن المريض قد أصيب بالزحار^(١) سابقاً . وقد تكون الفترة ما بين الزحار وخراج الكبد طويلة فينسى المريض إصابة الزحار . وقد لا يحسب لمرضه القديم علاقة بمرضه الحديث وقد ذكر ترنر^(٢) مثلين من مشاهداته ، كانت الفترة ما بين المرضين فى المثال الأول ثمان وعشرين سنة ، وفى المثال الثانى سبع عشرة سنة

هذا الى أن خراج الكبد المنفرد قد يأتى بغير زحار سابق ؛ إذ يكون من علامات السم الدموى الصديدي^(٣) ، وخصوصاً السم الدموى الصديدي البابي^(٤) على أثر التهاب الزائدة الدودية ، أو أى مرض آخر عفن فى البطن . وكذلك يعرض الخراج المنفرد من بزل استقصائى للامبيما ؛ اذ تخترق الابرة التجويف الصديدي ، فالحجاب الحاجز ، فالكبد ، فتحدث العدوى . وقد ينشأ الخراج ، أيضاً ، مستقلاً بنفسه ، بسبب وجود البذرة العنقودية الذهبية^(٥)

(١) الدوسنطاريا

(٢) Turner.

(٣) Pymia.

(٤) Portal Pymia.

(٥) Staphylococcus aureus.

وليس ضخامة الكبد ضخامة عامة معينة من الخواص البارزة في الأدوار الأولى من الخراج الكبدي المتفرد . ويصح ، أن أذكر ، بهذه المناسبة ، أن المرضى بكبد^(١) مزمن متقدم أو بورم خبيث في الكبد ، كثيراً ما تأخذهم الحمى ، بقشعريات ، ويبدو عليهم الهزال ، ويتضح عندهم زيادة في الكريات الدموية البيضاء ذات النويات متعددة الأشكال^(٢) والمعتمد أن تصون الجراح من الزلل ، العلامات الإكلينيكية ، وخاصة ضخامة الكبد ، وجودها ، وحاقتها السفلى المعقدة بعجز كثيرة ، على شرط أن يكون عالمًا بحدوث الحمى وزيادة الكريات الدموية البيضاء ذات النويات متعددة الأشكال في الكبد المزمن والمرض الخبيث .

وإذا اشتبهت في خراج في الكبد اشتباهًا يعضده الفحص الإكلينيكي الكامل الذي يتضمن الفحص عن الدم ، عددًا وتمييزاً^(٣) ، فلا بد من البزل الاستقصائي . وهو مما يقتضى أن أذكر بشأنه بعض الملاحظات وإليكها :

(١) لا بد من استعمال إبرة استقصائية كبيرة ، أو آلة بازلة كبيرة ؛ لأن صديد خراج الكبد ثخين فلا يمر بسهولة خلال إبرة دقيقة . ويذكر أحد الجراحين مريضاً بخراج في الكبد مر عليه جراحه لعدم استعماله إبرة كبيرة فمات المريض بغير أن يعالج الخراج .

(٢) لا بد من عمل الاستقصاء ، والمريض منوّم بالمخدر لأسباب كثيرة ؛ منها أن استعمال الإبرة الكبيرة مؤلم ، ومنها أن الجراح قد يحتاج إلى إدخال الإبرة بضع مرات ، ومنها أن المريض إذا تحرك ، واضطرب من الألم ، والإبرة أو الآلة البازلة في كبده ، فقد تمزقها ويحدث عن ذلك نزف غزير ، ومنها إجراء العملية مباشرة إذا وجد الجراح الخراج .

وان لم تكن هناك علامة ترشدنا إلى موضع الاستقصاء فخير ما يعمل دفع الإبرة

(١) الكبد المزمن هو بالإنجليزية Cirrhosis.

(٢) Polymorphonuclear leucocytosis.

(٣) Numerical and differential blood counts.

الاستقصائية أعلى الحافة الضلعية السفلى بقيراطين في الخط المتوسط للأبط . ففي هذا الموضع تنقي البلورا ، ويمكن الغوص بالإبرة مسافة أربعة قراريط ، بغير أن نصادف منسوجاً حيويًا ، على زعم أن المريض متوسط العمر

وموضع الاستقصاء هذا هو خير موضع لتصفية الخراج ، أيضاً ، ما لم تكن ، هناك ، دلالات مانعة ، فالأضلاع ، في هذا الموضع ، منفصلة انفصالاً يسمح باستعمال جهاز مانسون الخاص^(١) ، وإذا كانت العملية ضرورية فخطر جرح البلورا وتلوثها بعيد .

وإذا اضطر الجراح ، لسبب ما ، أن يجعل الشق عبر البلورا ثم وجد أن الطبقتين ، الجدارية والحشوية ، غير ملتصقتين ، فمن الضروري إغلاق تجويف البلورا بالخياطة قبل فتح الخراج . وقد يحسن حشو الجرح بالدهن ، وتأجيل العملية نحو أربع وعشرين ساعة ، ليأمن الجراح تلوث البلورا ، وينتجى عن المريض مضاعفة شديدة ، قد تكون موبقة

ولا يقتصر علاج الخراج الكبدي الحار^(٢) ، أى الذي يحدث في البلاد الحارة ، على التصفية فحسب ، ففي الأحوال الزحارية^(٣) قد يتكوّن ثانياً الخراج . ويعرف أحد الجراحين مريضاً عملت له خمس عمليات في سبع سنين ، لتكرر الخراج الكبدي . ولا بد ، لاثقاء هذه العواقب ، من العلاج الجيد الذي يتضمن استعمال الامتين

التهاب المرارة

ان من الصعب تشخيص التهاب المرارة . والأغلاط في هذا التشخيص كثيرة . وربما قلت الأغلاط ، واتخذ العلاج سيراً حميداً اذا عرفنا جميعاً أن نوبة الحصيات الكبدية أو المرارية هي أيضاً نوبة التهاب المرارة ، وقد تكون الحصيات الكبدية سببها . والالتهاب الناشئ عن الهجوم البكتيرى هو سبب الألم ، لا مرور الحصاة في القنوات الكبدية

وكثيراً ما يحسب ألم التهاب المرارة ، خطأ ، انه ألم التهاب الزائدة الدودية . فعلى

Manson's Special Apparatus. (١)

Tropical. (٢)

Dysenteric (٣)

الجراح في هذا الموضوع أن يقدر ، لرأيه في التشخيص قبل إبدائه ، وجاهته ، فما من آفة من آفات البطن المختلفة إلا وقد حسبت خطأ أنها هي المرض المصاب به المريض بدلاً من المرض الحقيقي وهو التهاب المرارة ، حتى لقد حسب بعضهم أن المرارة الممتلئة (استسقاء المرارة) أنها كيس مبيض . ولعل خير مرشد للتمييز بين التهاب المرارة والتهاب الزائدة هو تحديد أكثر مواضع البطن مضاضة ويبساً تحديداً بعناية تامة

وقد يحسب الفص الكبدي الأيمن أنه مرارة ممتلئة . والفص عبارة عن بروز لساق من الكبد ، يكون في جانب المرارة لكنه مما يسوق الجراح الى الخطأ أحياناً ، كما حدث لأحد الجراحين إذ استشارته إحدى السيدات لألم يعاودها في الجهة اليمنى من البطن ، وكان عندها ، بالجلس ، ورم ، طويل ، ناعم ، فيه مضاضة قليلة ، ومتحرك قليلاً . فزعم الجراح أنها مصابة باستسقاء في المرارة . ولقد اتضح ، من فتح البطن ، أن المرارة سليمة وأن الذي حسب ورمًا ليس إلا فص ريذل الكبدي ، وكان أكبر من المعتاد . ولقد قيل أن هذا الفص الكبدي كثيراً ما يتضمن الحصة الكبدية ، لكنه ، في هذه الحالة ، لم تصحبه الحصة الكبدية ، ولا التهاب المرارى .

وقد يصعب التمييز بين الحصة الكلوية والكبدية . ولقد دعى أحد الجراحين ، ذات مرة ، لإجراء عملية لرجل بادن ، دموى ، لحصة في كليته اليمنى . وأخبر أن المريض اعترته نوبات مغص كلوى وبول دموى . ولم يتضح ، بالفحص أكثر من مضاضة في موضع المرارة . وظهر ، من صورة الأشعة ، أن عنده ثلاث حصيات في موضع الكلية اليمنى . فسأل الجراح طبيب الأشعة كيف يتحقق الإنسان من أن هذه الحصيات ليست كبدية فأجاب إنها في موضع الحصيات الكلوية . ولم تكن الحصيات متلامسة الوجوه ، وكانت محدودة جيداً إذا اعتبرنا بدانة المريض .

فاستقصى الجراح الكلية اليمنى ، ولما لم يجد فيها الحصى ، عمد إلى المرارة ، فاستخرج منها الثلاث حصيات التي اتضحت صورتها بالأشعة

وصور الأشعة الجانبية قد تفيد للتمييز بين الحصيات الكلوية والمرارية ، لأن ظل الحصيات في الحصيات الكلوية ، يكون ، غالباً ، خلف الحافة المقدمة لما يوضح العمود

الفقارى ، لكنه فى الحصيات المرارية ، يقع ، على الأغلب ، أمام هذا الخط .
وأذكر أنى عالجت مريضاً ، وكان قاضياً بالمحكمة الشرعية ، فيما زعمت أنه التهاب
فى الزائدة الدودية . ولما لم يتحسن تماماً ذهب من قليوب ، حيث كنت أعالجه ، إلى
مصر حيث استشار اثنين من الجراحين ، على انفراد . فأخبره أحدهما أن المرض
حصيات كلوية فى الجهة اليمنى ، ووافق الآخر ، وكان أكبر الاثنين شهرة ، على أن
المرض التهاب فى الزائدة ، وصار يتحسن أحياناً ، وينتسكس أخرى ، غير خاضع للعملية .
وأخيراً سافر إلى بلده فى مديرية أسيوط ، فظهر عنده اليرقان مما دفع الجراح إلى
تشخيص المرض بحصيات مرارية . ولقد تضعضع للعملية ، هناك ، فاستخرجت منه
عشرات من الحصيات المرارية .

وقد يلبس ألم التهاب المرارة وسائر أعراضه ببعض الأمراض الصدرية . فثبتت
الناحية اليمنى من الحجاب الحاجز ثبوتاً نسبياً ، وعدم حركة الناحية اليمنى من الجدار
الصدرى مما يصحب غالباً الظواهر الالتهابية فى البطن فى القسم الكبدي ، قد يوجهان
نظر الطبيب للرئتين والبلورا . ولما أن الهبوط الرئوى الثانوى ليس نادراً فقد يحسب الجراح
المرض خطأ أنه التهاب رئوى أو التهاب فى البلورا ، مدفوعاً الى ذلك بما قد يوجد
أيضاً من الأزيز القاعدي ، وأصوات الاحتكاك التى تحدث عن التهاب محيط الكبد^(١)

عمليات المرارة والقنوات الصفراوية

لابد ، لهذه العمليات ، من وسادة متينة للقطن لتدوير الكبد ، وكشف الانسجة التى
أسفلها ، ودفعها إلى الأمام لتسهيل العمل . وأول ما يعمل ، بعد فتح البطن ، هو الفحص
عن المرارة وعن القنوات الصفراوية ؛ ومن العمل الصالح أن تفحص عن البنكرياس
فى الوقت نفسه . وقد ينسى الجراح ما يجده من مرض المرارة أن يفحص عن القنوات
مباشرة ، مؤجلاً ذلك إلى الدور الأخير من العملية فتفتوته مزايا كثيرة . ولاستجلاء
الكبد والقنوات الصفراوية يلزم رفع الكبد . ويتم ذلك بامساك الحافة السفلى بطبقتين من

السابري^(١) وجذبها إلى الأعلى . وليكن هذا الجذب بكل رفق مخافة تمزق الكبدة . فقد رأي بعضهم الكبدة وقد تمزقت بهذا الجذب مما استدعى خياطة غائرة لوقف ما حدث من النزف .

وعلى الجراح أن يحرص كثيراً ، في أثناء جس القناة الصفراوية المشتركة فلا يحسب ضخامة الغدة للمفاوية التي تكون قريبة من القناة حصاة داخلها . فإن فعل فقد يرتبك ارتباكاً عظيماً

وكثيراً ما يهمل الجراح ، وقد رأى التهاباً في المرارة وحصيات فيها ، الفحص عن القنوات الصفراوية . وكثيراً ما تعمل العمليات للنواصير الصفراوية عقب تصفية المرارة فتوجد حصاة في القناة المشتركة

على أنه ليس من السهل على الجراح أن يتحقق في القناة الصفراوية المشتركة حصاة أم لا ؛ لأنه ليس يسهل جس الجزء السفلي منها لوجود البنكرياس ، وقد لا تدرك أرق الأصابع احساساً ، وأدقها عملاً ، الحصاة وهي كامنة في الجزء السفلي من القناة . ولا تجدى الاستعانة بالمسبر . على أن للجراح دليلين على وجود الحصاة في هذا الموضع ، وهما :

(١) تمدد القناة المشتركة

(٢) وضخامة رأس البنكرياس

فاذا وجدت هذين الدليلين فلا بد من وجود حصاة في القناة ، ولتحاول دفعها إلى الأعلى في الجزء المتمدد بالضغط في جهات مختلفة ليسهل عليك استخراجها وقد يحدث أن الجراح ، إذا وجد ضخامة في رأس البنكرياس ، أن ينسبها إلى التهاب بنكرياسي ، فلا يتمادى في الجس مما يجعله يترك الحصاة في القناة ؛ وهي غاطلة شائعة شائعة

ولنحسب أننا بعد فتح البطن وجدنا التهاباً في المرارة فما هي الطريقة التي تتبع ؟
أنستأصل المرارة أم نكتفي بتصفيتها ؟

(١) السابري ثوب رقيق جيد هو الشاش

إن المرارة الملتهبة التهاباً مزمنًا لا خير منها بل ضررها أكبر من نفعها ؛ ذلك لأن السرطان قد يدب إليها . لكن استئصال المرارة عملية أجل خطراً من تصفية المرارة . هذا إلى أن حرمان المريض من مرارته تحرمه من وسيلة سهلة للتصفية في المستقبل إذا اضطرب المريض إليها بسبب إصابته بالتهاب بنكرياسي مزمن أو خلافه . ولعل القاعدة التي يصح أن يسير عليها الجراح آمناً الزلل هي استئصال المرارة إذا كان بها التهاب مزمن وأصبحت بغير فائدة ، وتصفيتها فيما عدا ذلك من الأحوال ولا بد من التنبيه الى موضوعين جديرين بالعناية :

فأما الموضوع الأول فهو ضرورة استبقاء ما يمكن ابتاؤه من الغلاف البريتوني للمرارة ، لضم حافاته ، بعد الاستئصال ، لتغطية السطح المتعري من الكبد . فإذا شق البريتون بعيداً عن المرارة عاد من المستحيل ضم حافاته ، وصار المريض معرضاً لالتصاقات متعبة في المستقبل

وأما الموضوع الثاني فهو ضبط الوعاء المراري في أقرب ما يمكن في العملية ، وقبل البدء في نزع المرارة من الكبد . والسير بهذا النظام يحول دون حدوث نزف غزير يتبهم معه ميدان التشريح ، ويعطل العمل تعطيلاً غير حميد . وقد حدث النزف ، ذات مرة ، من الشريان المراري ، في عملية لأحد زملائي ، نتيجة عدم احكام ربطه . وقد اتضح موضع النزف بعملية أخرى لم تجد المريض نفعاً ؛ لأنه مات

وهناك خطر آخر في عملية استئصال المرارة وهو جرح القناة الكبدية ، والقناة المشتركة عند موضع اتصالهما بالقناة المرارية . ولتعلم أن القناة المرارية كثيراً ما تقصر في أحوال التهاب المزمن في المرارة ، وإن لم يحاول الجراح الكشف عن القناة الكبدية والقناة المشتركة بالمعاينة المباشرة فقد ينالها الجراح وهو يزعم أنه يقطع القناة المرارية وفي بعض الأشخاص يرو يد الباب إلى الأعلى . أمام العفج ، والقناة الصفراوية المشتركة ، والشريان الكبدي ؛ لا خلفها . وأنه في مثل هذه الأحوال ، يكون معرضاً للأذى إن لم توضح الأنسجة في ميدان العمل توضيحاً تاماً

المضاعفات

إن النزف خطر حقيقى عقب العمليات التى تعمل للمصابين باليرقان . وخاصة إذا كان اليرقان مزمنًا أو شديدًا . ولك وسيلتان ، فى مثل هذه الأحوال ، لتقليل الخطر أو لتخفيفه .

فأما الوسيلة الأولى فهى الفحص عن المريض فحصرًا جيدًا للتحقق من علامات القرفورة . فإذا وجدت بقع نزفية فهى دلالة مانعة حاسمة . ووقتئذ يلزم تأجيل العملية حتى تزداد قابلية الدم للتجمد بكلورور الكلسيوم ، والمصل ، والهيموبلاستين ، أو بوسائل أخرى . ويحسن اعطاء كل مريض مصاب باليرقان كلورور الكلسيوم ، قبل العملية وبعدها وأما الوسيلة الأخرى فهى وقف النزف

الناصور الصفراوى

لا بأس من عدم نزول الصفراء ، أو نزول قليل منها من أنبوبة التصفية فى اليوم الأول ، أو اليومين الأولين ، عقب عملية تصفية المرارة . فليس نادرًا عدم نزول الصفراء نزولًا غزيرًا ، وسببه ما يحدث من الورم الالتهابى فى الغشاء المخاطى المبطن لقناة المرارة وكثيرًا ما يتحسن هذا الالتهاب من نفسه ، وتبتدىء التصفية . وشر من ذلك عدم انسداد الناصور فى الزمن المناسب . ولتعلم أن استمرار نزول المادة الصفراء ناشئ عن :

(١) العادة القديمة التى كانت تقضى بخياطة جدار المرارة بالجلد ، وهى عادة

يجب ابطالها

(٢) وجود انسداد فى القناة المشتركة كحصى مثلاً

(٣) أما إذا كان الإفراز مخاطيًا بغير مادة صفراء فالعطل فى القناة المرارية

(٤) أما إذا كان الإفراز صديديًا لا يخالطه مخاط أو مادة صفراء فالسبب غرزة

متقيحة . والأحسن ألا يعد هذا الناصور صفراويًا

ويحكى أحد الجراحين أنه عرف مريضًا كان السبب فى استمرار ناصوره الصفراوى

قطعة اسفننج وضعت فى المرارة ، فى اثناء العملية ثم نسيت

الفصل التاسع عشر

الطحال

تمزق الطحال - إذا كان الطحال كبيراً غير سليم وتمزق حدث الموت السريع الذي يسمى بالزؤام . أما إذا كان الطحال طبيعياً وتمزق بغير أن يصحب تمزقه عارض آخر في الأعضاء الأخرى فقد تمر على المصاب فترة يخلل للإنسان فيها أنه سليم . هذه الفترة فترة سكون الخطر ، أو إن شئت فقل كونه ، أخطر ما تكون على حياة المصاب وسمعة الجراح لأسباب ظاهرة لا تحتاج الى تعليق . هذا الى أن النزف الباطنى المتكرر كثير الوقوع فى أحوال تمزق الطحال ؛ مما يمكن أن يكون فيه خطر آخر لغير الحريص من الأطباء ، لأن المصاب كثيراً ما تتحسن حالته تحسناً غريباً مستمراً ، بعد النزف الأسمى مما يدعو الجراح الى ارجاء الوسائل العملية . فيحدث النزف ثانياً ، وربما كان فى هذه الدفعة أغزر منه فى المرة الأولى فنرى المصاب ، وقد شحبه لونه ، وصار هائجاً منحطاً انحطاطاً لا يسمح بالتعرض له فى شىء ما ، فيفضل تركه وشأنه . وقد يتحسن ثانياً ، فيستأنف الجراح العملية ثانياً ، فيعود النزف ثانياً . ولتعلم أن هذا التذبذب ليس نادراً ، وأن التردد فى اتخاذ الوسائل الحاسمة قد يكلف المصاب حياته . والمغزى أن أن تمزق الطحال يستدعى العملية فى أقرب وقت مناسب

ضخامة الطحال

قد تلبس ضخامة الطحال بأورام مختلفة أخرى ناشئة داخل البطن أو خارجه . وليس هذا محل التشخيص التمييزى لأن ذلك مما يقضى التطويل . ولنعصر على بيان وجه الصواب فى الطحال الضخم أيتأصل أم لا ولكى تبدى رأى الصواب لا بد من معرفتك كنه الضخامة وحقيقتها . لأن استئصالك الطحال فى المصاب بالدم الأبيض أو مرض زيادة الكريات الدموية

البيضاء المعروف باللويميا أشنع ما يعمله الجراح . ولا تنقاء الوقوع في هذه الغلطة الفظيعة لا بد من الاستعانة بالفحص عن دم المريض . وقد يقال لك بعد الفحص عن الدم، إنه ليس هناك دلالة مانعة للعملية، وإنه ليس في الدم خلايا غير طبيعية، وليس فيه زيادة الكريات البيضاء . والذي يجب على الجراح، وقتئذ، أن يسأل : كم مرة فحص عن الدم ؟ فإن كان الفحص دفعة واحدة فليستمر الجراح مبتعداً عن العملية، ولينصح بالتريث قليلاً ثم إعادة الفحص

ولست أبالغ إذا قلت أن الواجب أن يعمل الفحص عن الدم، ثلاث دفعات متواليات قبل البت في العملية ؛ لأنها من العمليات التي على الجراح أن يتريث في البت فيها ؛ ويتوانى في الاعتزام على إجرائها واليك مثلاً أسوقه توضيحاً لما أريد :

دعى أحد الجراحين لعيادة مريض بضخامة في الطحال نصحه جراحون نصيحة حارة بالتضعع لاستئصاله . وقد عمل له الفحص الدموي، وتضمن التقرير أن في دمه ٣,٢٩٥,٠٠٠ كرية حمراء، ٨,٦٠٠ كرية بيضاء . وهذا بيان العدد التمييزي :

كريات دموية بيضاء بنويات متعددة الأشكال وقابلة للتلون بالأصباغ المعادلة	٤٤	في المائة
كريات دموية بيضاء بنويات متعددة الأشكال وقابلة للتلون بالأصباغ الحامضية	٠٣	» »
كريات دموية بيضاء بنويات متعددة الأشكال وقابلة للتلون بالأصباغ القلوية	٠١	» »
لمفوسيت — خلايا كبيرة	٧	» »
لمفوسيت — خلايا صغيرة	٤٤	» »
خلايا متغيرة	١	» »
الجملة	١٠٠	

ولقد أجمع هذا الجراح وغيره على تأجيل العملية وإعادة الفحص الدموي ألا تدري ما كانت نتيجة الفحص الدموي في المرات الأخيرة ؟ إنها وضحت تزايداً في عدد الكريات الدموية البيضاء تزايداً تقل التشخيص الى مرض الدم الأبيض وليس يكفي، في هذه الأحوال، عدد الكريات الدموية الحمراء والبيضاء ؛ بل الواجب استقراء الفحص التمييزي . والملاحظة الآتية المنقولة من مجلة « المستشفى » تبين لك ما أريد :

مريض ، فى السادسة والخمسين من عمره ، شكا من ألم وورم فى الناحية اليسرى من البطن أسفل الأضلاع . وكان الورم العظيم شاغلاً الجزء المراقى الأيسر ، والقطن الأيسر ، والنصف الأيسر من القسم السرى . وكانت له حافة مستديرة ، صلبة ، محدودة ، ممتدة من طرف الغضروف الضلعى التاسع الى الأسفل والأنسية الى موضع يبعد نحو قيراط أسفل السرة . وقد أخذت عينة من الدم ، واتضح من الفحص عنها ، أن هناك زيادة عظيمة فى الكريات الدموية البيضاء ؛ حتى لقد صارت النسبة : كرية من الكريات البيضاء الى ثمان من الكريات الحمراء . فأرشدتنا خواص الورم ، وزيادة الكريات البيضاء الى تشخيص المرض الأبيض . والحقيقة هى أن المريض كان مصاباً باستسقاء كلوي صديدي وخراج حول الكلية عن حصاة فى الكلية

الانيميا الطحالية

يوصى ، الآن ، الجراحون باستئصال الطحال فى ما يسمى بالانيميا الطحالية . ويعتقد بعضهم أن من الدلالات المانعة الكبد^(١) المزمن واستسقاء البطن لأن النتيجة لا تكون مرضية . وهم ينصحون بالتحقق من هاتين الدالتين قبل اجراء العملية . والرأى عندى أن هاتين الدالتين لا تمنعان من اجراء العملية إلا اذا كان الكبد منقدهم والاستسقاء عظيماً . بل يذهب البعض الى أن استئصال الطحال هو خير علاج للكبد فى هذه الأحوال

استئصال الطحال

لعل أفضل شق لاستئصال الطحال هو الشق الرأسى خلال العضلة المستقيمة اليسرى على بعد قيراطين أو ثلاثة من الخط المتوسط . ولا بد أن يكون الجرح كبيراً ليسهل على الجراح عمله . ويقول المستر أون ريتشاردس ، وهو مدير مستشفى قصر العيني الآن ، أن الشق اذا عمل فى الخط المتوسط فليس يستطيع الجراح الوصول الى الجزء الوحشى من الطحال ، بينما يصعب جذبه الى الخارج من الشق قبل ربط العنق

(١) هو السروز

أما اذا عمل الشق بعيداً جداً عن الخط المتوسط فالخافطة الضاعية تمنع الجراح أن يوسع جرحه من الأعلى توسيعاً يمكنه من الوصول الى تقعر الحجاب الحاجز حيث تكون الالتصاقات، وحيث تكون الصعوبة منها . والمعتاد أن هذه الالتصاقات تكون كثيرة لكن يمكن نزاعها على الأغلب ، بالأصابع . ولا بد ههنا . من التدبر لاتقاء تمزق المحفظة أو دفع الأصبع في الطحال نفسه لأنه شديد الوعائية

ويرى البعض ، والرأى لا شك وجيه ، أن يتنحى الجراح عن الاستئصال اذا فتح البطن ووجد أن الالتصاقات عظيمة متينة .

والخطر كل الخطر ، في هذه العملية ، هو النزف من العنق لانزلاق الربطة . ولاتقاء هذا الخطر يلزم ارخاء العنق ، في أثناء احكام الربط . والمعتاد استعمال جفوت طويلة لضبط العنق قبل ربطه . وهذه الجفوت تمسك جزءاً طويلاً منه فإذا ربط الجراح ، وأحكم الربطة ، والجفت لا يزال باقياً ، فكثيراً ما تشاهد الربطة مسترخية غير محكمة ، بعد رفع الجفت . فالواجب أن يرفع الجفت أو ان إحكامك الربط . ومما يساعد على انزلاق الربطة استعمال الكتاجت ؛ لأن الدقيق منه لا ينفع للربط ، والغليظ لا يمكن احكام عقده . وكثيراً ما ترتخي اللفة الأولى أو ان عمل اللفة الثانية . وليس في استعمال خيط الحرير في هذا الموضع ، شيء من الضرر ، ولذا يفضل به البعض عن الكتاجت . ويجب لترسيخ العقدة أن تحترق الفتلة منسوج العنق ببرة أنيورزم ، وأن يربط كل نصف على حدة . وبعد اتمام الربط يلزم قطع العنق بعيداً عن الربط . وإذا كان العنق طويلاً فلا بد من امساكه بالجفت من ناحية الطحال ، قبل قطعه ، لكيلا يكثر النزف في الجرح فيتبهم لأن نزف الطحال غزير جداً

وخز الطحال

ليس مرض الكالازار شائعاً في مصر وانجلترا شيوعه في الهند . وفيه يضخم الطحال ويقل عدد الكريات الدموية البيضاء في الدم . لكن لا يمكن الثبوت من المرض إلا بمشاهدة الطفيلي المتطفل . وأحياناً يمكن الحصول على هذا الطفيلي من عينة من الدم تؤخذ من ضواحي الجسم^(١) ؛ لكنه أكثر ما يكون في دم الكبد ودم الطحال . فأما

(١) أى اطرافه

أخذ العينة من ضواحي الجسم فلا خطر منه على المريض ولا غضاضة . وكذلك يمكن
وخز الكبد بغير غضاضة عظيمة . أما أخذك عينة الدم من الطحال بالوخز فخطر عظيم
قد يؤدي الى الموت . ولقد فقد زميل مريضه بسبب ما حدث من النزف عقب الوخز
بأبرة كانت دقيقة . ولتعلم أن احتقان الطحال ؛ في هذا المرض ؛ شديد جداً . وأن
قابلية الدم للتجمد تضعف عن الحالة الاعتيادية

خراج الطحال

إنه وإن لم تسهب كتب الجراح في هذا الموضوع إلا أنني قد شاهدت جملة مرضى
بخراج الطحال واجريت لهم العملية . ويسرني أن أقول اني لم أفقد ولا مريضاً منهم
وقد كان فيهم الشيخ الفاني ؛ والجراح العظيم .

ويحدث الخراج عن عارض كما تذكر الكتب الجراحية . لكن المرضى الذين شاهدتهم
نشأ عندهم الخراج عقب إحدى الحميات كالحمى التيفودية ؛ أو التيفوسية ؛ والحمى الراجعة
ويختلف مقدار الصديد فأحياناً يكون المقدار ضئيلاً ؛ وأحياناً يكون عظيماً فيتلاشى
المنسوج الطحالي ويكاد يتخذ الخراج شكل الاستسقاء . وأما الصديد فقريب المشابهة
بصديد خراج الكبد . وعليك ؛ لسهولة التشخيص ؛ ملاحظة ما يأتي :

- (١) يكون للخراج الطحالي جميع علامات الورم الطحالي
- (٢) ليس السطح العلوي للخراج مستوياً بل يكون ؛ غالباً ؛ محدباً
- (٣) تصبغة ؛ غالباً ؛ مضاضة لا تشاهد في ضخامة الطحال
- (٤) ترتفع حرارة المريض لكن لا يطرد الارتفاع

عملية خراج الطحال

لم يصادفني شيء من الحوادث في أثناء فتح خراج الطحال . وطريقة فتحه قريبة
المشابهة بطريقة فتح خراج الكبد . فان التصق جدار الخراج بجدار البطن فتح الخراج
بغير احترام . أما اذا لم يلتصق جدار الخراج بجدار البطن فالواجب سد التجويف
البريتوني بخياطة الجدارين معاً . ولا بأس من تأجيل فتحه نحو أربع وعشرين ساعة
حتى يطمئن الجراح على سلامة التجويف البريتوني من التلوث . والمعتاد وضع أنابيب
للتصفية حسب ما تقتضيه الحالة

الفصل العشرون

الكلية والحالب

تشخيص الاصابات الكلوية - لك أيها الجراح في حالة الاشتباه في تمزق كلوى من عنف ، مسائل كثيرة للنظر . ففي بعض الأحوال يسهل التشخيص ، ويقل الخطأ كأن يصاب الشخص بعنف في القسم الكلوى ، فيأخذه ألم شديد في القطن ، حيث تقوم العضلات بوظيفة الحارس ، ويظهر ورم ، وتتضح المضاضة في القطن والمراق ، وتبدو على المصاب علامات الصدمة ، ويخرج الدم مع بوله . لكن الأغلب ألا تكون الحالة قياسية بهذا الشكل ، اذ ينقصها بعض العلامات المهمة

فقد حدث أن رجلاً في التاسعة والخمسين من عمره رض جانبه الأيسر ، في اثناء سقوطه من سلم فشعر بألم شديد في الجزء المصاب ، لكن نهض ، واستأنف سيره . ولم يشك إلا من ألم في الجانب الأيسر وبعض الصعوبة اذا حاول تنفساً عميقاً . وبعد الاصابة بثمان ساعات عسر بوله ، وصار مؤلماً دمويًا . وبعد ثلاثة عشر يومًا استؤصلت الكلية لاستمرار البول الدموى الشديد

وليس الانسكاب الدموى خلف البريتون في القسم الكلوى من علامات التمزق الكلوى كالدنى ذكر اذا لم يتمزق غلاف الكلية . وفي هذه الأحوال لا يكون شيء من الصدمة والأفشي قليل منها . ولتعلم أن البول الدموى هو العلامة الرئيسة وبانقطاعه أو استمراره نسترشد في العلاج

وقد يحدث ، من الجهة الأخرى ، تمزق كلوى شديد مميت بغير أن يظهر الدم في بول المصاب . فقد حدث أن عاملاً ناله عنف شديد في جانبه الأيسر كسر ضلعيه التاسعة والعاشرة . وظهرت عليه علامات صدمة شديدة . ومع ذلك فلم يكن في بوله شيء من الدم . وقيل أن المصاب به تمزق في الطحال . ففتح البطن ، ووجد الطحال سليماً ، وكذلك سائر الأعضاء البطنية ؛ والذي حدث من الاصابة هو تجمع دموى كبير . مات

المصاب ، واتضح من تشريح جثته أن الأوعية الكلوية قد تمزقت تماماً من الكلية . ولتعلم أن من أسباب عدم ظهور الدم في البول عقب إصابة الكلية تمزق الحالب . فعلى الجراح ، ألا يهتم اهتماماً عظيماً بعرض البول الدموى فيحسبه الكل في الكل في الإصابة الكلوية . فنقصانه دليل على سلامة الكلية لا برهان قاطع

وللتقيض شأن . فلنحسب أن السقوط أو العنف أظهر عند المريض دمًا في بوله ، فأى أى حد يمكن أن نتخذ هذا البول الدموى دليلاً على تمزق الجوهر الكلوى السليم ؟ فبينما ، كما في سائر الأحوال ، لا تنفع الأعراض والعلامات اذا نظر اليها مفردة ؛ وإنما تنفع اذا نظر اليها جملة ، فاذا كانت الصدمة خفيفة ، وكذلك العلامات الموضعية ، كالآلم والمضاضة في القطن فليكن الرأى أن الغلاف الكلوى لم يتمزق ، ولتبتاط في اتخاذ الوسائل العملية في العلاج انتظار أن الدم ينقطع من نفسه ، ويحدث الشفاء الذاتى . ولا نكون غالباً في انتظارنا هذا من الخاطئين ^(١) . والأحسن مع ذلك ، أن تتساءل ، أكانت الكلية سليمة قبل الإصابة ؟ وما أحراركم بهذا السؤال اذا كان العنف بسيطاً . لأن العضو الذى يهيج عنف بسيط أو إصابة خفيفة أقرب ما يكون في حالة مرضية واليك قصة :

جلس صبي على ظهر مقعد من المقاعد في إحدى حدائق لندن فانتهر الفرصة التى سنحت ، رفيق طائش ، فدب ^(٢) من خلفه ، ودفعه بعنف وشدة . فسقط الصبي على الأرض ؛ وما أكثر سقوط الصبية ، وظهر كأنه لم يصب بسوء . ولم يلبث الا قليلاً حتى ظهر هذا الصبي في أحد المستشفيات بسبب ما حدث عنده من الآلم في القطن الأيمن ، والبول الدموى . فتفاهة الإصابة الأصلية ، وعدم ظهور علامات موضعية دفعا الجراح الى الاشتباه في إصابة قديمة ؛ وساقاه الى الاستعانة بصورة الأشعة . وقد كان . واتضح من الصورة أن الصبي مصاب بحصاة كلوية

واليك قصة طبية أخرى نشأ عنها ، في وقتها ، خلاف شديد بين الأطباء ، واشتدت المناقشة فيها :

(١) الخاطيء من تعمد ما لا ينبغي على غير ما مى الحال في الخطى . وهو من فاته الصواب

(٢) أى سار سيراً لينا

زار رجل أحد المرافئ^(١)، فعثر به حظه وسقط من الرصيف الى الماء مسافة خمس عشرة قدماً. وفي أثناء غوصه في الماء، جدَّ به جده : في هذه المرة، ونفذ من التصادم بحاقة قارب صغير كان في اليم^(٢). وبعد نجاته من الغرق شكاً من ألم في قطنه، وأخذ الألم يشتد سريعاً، وظهر الدم في بوله. فاعتقد الجراح باصابته بتمزق في الكلية، وإن لم يمسسه شيء في الماء سوى الماء. أتدرى ماذا كان من أمره ؟ إنه كان في نوبة مغص كلوى زالت بنزول حصاة مع بوله، وكان السبب في نزولها ثقلها بسقوط الرجل وإليك مشاهدة أخرى للبول الدموي يظهر في المصاب بأصابة خفيفة :

عثر إحدى الفتيات في مدرسة، وهي تلعب، بكوم من الحجارة موضوع في الطريق. ولم يظهر عندها البول الدموي فقط، بل بدا عليها سائر الأعراض الرئيسة الدالة على تمزق الكلية، وهي : الصدمة، والألم الشديد، والمضاضة في القطن، وورم ملموس في القسم الكلوى. فكان من تقاضة الاصابة ما دفع الجراح الى الاعتقاد بأن الكلية لا بد أن يكون بها مرض. عملت لها العملية، واتضح أن بالكلية ورماً - سركوم - فاستؤصل

وما أحرانا، ونحن في بلد تكثر فيه المضاعفات البلهارسية في الكليتين، أن يكون لنا من هذه المشاهدات عظة وذكرى؛ فنحصى عن التاريخ المرضي في الشخص المصاب ونفحص عن البول هل فيه ما يدل على اصابة المصاب بالبلهارسية

وهناك مضاعفة غريبة قد تعرض المصاب بتمزق في الكلية. وكثيراً ما يتغاضى عنها الجراح لأن الكتب لم تسهب فيها وتوفها حقها. هذه المضاعفة هي الانسكاب في البلورا. فقد ذكر هذه المضاعفة كولمان^(٣) وهارولد باروز^(٤) وليست بنادرة في مشاهدات الأخير

(١) جمع مرفأ بالفتح وهو شاطئ البحر حيث ترسو السفائن

(٢) البحر

(٣) Coleman

(٤) Harold Burrows

علاج الاصابات الكلوية

إن من المناسب في علاج هذه الاصابات استعمال المطهرات البولية . ولتعلم أن من هذه المطهرات اليوروتروبين ، وان تناول مقادير كبيرة مركزة منه قد يفضي الى ظهور الدم في البول ، اذا لم يسبق ظهوره . فان ظهر عن الاصابة فقد يفضى تناوله بمقادير غير منظمة الى استمراره

دعى أحد الجراحين لعيادة مريض بالبول الدموى المتواصل ، وقد وجد أن المريض كان يتناول عشرة قمحات من اليوروتروبين ، في أقراص مضغوطة ، كل أربع ساعات . فنصح بترك هذا الدواء ؛ فانقطع الدم من البول مباشرة . قد يكون ذلك من باب الاتفاق ، لكنه ، مع ذلك ، قد ينهض مثلاً لضرورة استعمال هذا الدواء مخففاً بمقادير مناسبة مخافة مساعدته على استمرار البول الدموى

أما بشأن علاج التمزق الكلوى علاجاً جراحياً بالعملية فالرأى السائد بين الجراحين في هذا العصر ، المبادرة الى الشق في موضع الاصابة . وقد يخالف بعضهم هذا الرأى ، ولا يتبعه بطريقة نظامية . ولست أنكر أن العلاج الجراحي قد يكون في أيدي الخبيرين من الجراحين ذوى المهارة الفائقة والتجارب الكثيرة ، أعظم نجاحاً ، على وجه العموم ، من التوعية بحكمة ، والتأني برزانة . ولست أغلو اذا قلت إن الجراح قليل الخبرة يكون أكثر نفعاً لمريضه وأقرب نجاحاً في عمله ، إذا ادّخر مشراطه للأحوال القليلة التى تستدعيه بسبب استمرار النزف ، أو بسبب حدوث طوارئ عفنة وغيرها مما لا جدال في فائدة علاجه ، بجولة المشرط فيه . وأكثر ما تكون الجولة ، وقتئذ ، للاحاطة بالكلية واستئصالها

ويقول من ينصح بالتأمل في العلاج الجراحي إن أغلب العمليات يعملها جراحون أولو قدرة معتدلة وذوو خبرة متوسطة ، وإن النظر في ذلك خليق بمن يريد أن يسن العلاج الجراحي بصفة نظامية . وبعبارة أخرى ليس يكفى الاستدلال على ضرورة اجراء العملية في التمزق الكلوى بخبرة النابغين من الجراحين ومهارة المتوفرين منهم

على جراحة الجهاز البولى ؛ لأنك اذا أردت أن يقصد الجراح الاعتيادي الى غرض أولئك فقد استهدف مريضه للخطر

الحصاة الكلوية

التشخيص

ليس من النادر حسب المغص فى القسم الكلوى والحالب دليلاً كافياً على الحصاة الكلوية . وهذا المغص خُدعة ؛ فكثيراً ما خُدع الجراح به . واعلم أنه وان كان مصحوباً بالبولى الدموى إلا أنه لا ينهض دليلاً على وجود الحصاة . فما من آفة من آفات الكلية إلا وقد تحدث المغص والبولى الدموى . هذا الى أن هذين العرضين قد يكونان عن ظواهر مرضية أخرى فى غير الأعضاء البولية

فقد ذكر لو كود (١) حدوث البولى الدموى فى التهاب الزائدة أحياناً . ويذكر باروز (٢) المشاهدة الآتية :

غلام فى الثالثة عشرة من عمره كان ينتابه المغص فى القسم الحرقفى الأيمن . وبالفحص عن بوله فى إحدى هذه النوبات اتضح وجود الدم ، بغير صديد أو اسطوانات كلوية . فحسب المرض مغصاً كلوياً ؛ ولما أن صورة الأشعة لم تظهر حصاة لم تعمل للمريض عملية . وبعد حين اصابه التهاب فى الزائدة الدودية ، فعملت له عملية واستؤصلت الزائدة وكانت فيها كتلة متحجرة . وفى أثناء السبع سنين التى تلت العملية لم يعتره المغص أو البولى الدموى

من ذلك يتضح أن أغلاطاً كثيرة وقعت باعتبار المغص برهاناً على الحصيات الكلوية مما يشفع لنا بإيراد بعض الأمثلة

انتاب ضابطاً فى الجيش مغص حُسِبَ حصاة فى الكلية . وقد عملت له صورتان بالأشعة ولم توضحا شيئاً فى الكلية . ومع ذلك فقد نصحه الجراح بالخضوع لاستئصالها بعملية . وهذه أيضاً لم توضح حصاة فيها أو شيئاً غير طبعى . وأعقب العملية بول دموى

استمرَّ أياماً كثيرة حتى أصبحت حالة المريض سيئة . فاستؤصلت الكلية . وتوفي المريض بالصدمة ، وكانت الكلية ، في الظاهر ، سليمة .
واليك مثلاً آخر :

رجل كان يبدو عليه من الأعراض ما اتخذ دليلاً على وجود حصاة في الكلية . وما كان الفحص عنه بالأشعة ليزيد التشخيص وضوحاً . وبالرغم من ذلك أشار عليه القوم بعملية استقصائية . وهذه أيضاً لم توصل الى نتيجة وبعد العملية صار يعاوده ألم شديد ، ويحدث عنه بول دموي ، وبقي الدم غزيراً . فلم يوفقوا الى تسكين الألم الا بالمورفين حتماً متكرراً ، فاعتاده ، وظهر عنده ، بعد ذلك ، نكاف^(١) تقيحي ، فشل وجهي ، فتخثر في الجيوب الكفية ، وانحدر أخيراً الى قبره

ورأى أحد الجراحين مريضة بمغص كلوى وبول دموي ، فظن أنه حصاة كلوية ، وبعد حين اتضح أن السيدة مصابة بسرطان في الرحم ، وأنه هو سبب المغص والبول الدموي

ومما يذكر حالة ورم خبيث في الحرقفة اليسرى أعلن ظهوره بالبول الدموي و « المغص الكلوي » . ولم توضح فيها صورة الأشعة حصاة في الكلية ، لكنها أظهرت ورم الحرقفة

ويذكر الماجور سمسون^(٢) حالة عملت فيها عملية استقصائية للكلية بغير أن يتضح فيها شيء ، وبعد حين ظهر أن المريض كان مصاباً بسرطان في المستقيم ويمكن ، من غير ما شك ، أن أتمادى مسترسلاً في أمثلة مختلفة لأبين لك ما ذكرت من أن المغص خدعة . وكذلك المغص مع البول الدموي . فلا تعجل بتشخيص حصاة في الكلية معتمداً على هذين العرضين فحسب

ولابد لي ، قبل الفراغ من الكلام في المغص وشأنه ، أن أذكر أن الألم الكلوي في ناحية قد يكون ناشئاً عن مرض الكلية في الناحية الأخرى . وعبور الألم هذا من ناحية الى أخرى مما يكون سبباً في الخطأ في تعيين موضع المرض

(١) التهاب الغدة الكفية Major D. Simpson. (٢)

واليك حادثة تسبق زمن التصوير بالأشعة :

شكا مريض من ألم في القطن الأيمن ، كان قريب المشابهة بالمفص الكلوى . فشق الجراح على الكلية اليمنى ، مستقصياً ، فلم يجد فيها حصاة . ومات الليل ، بعد العملية ، بأربعة أيام ، بسبب انقطاع البول ، لا احتباسه . وبتشريح الجثة ظهر أن الحصاة في الكلية اليسرى .

وقد يكون الألم دليلاً مضللاً على تعيين موضع المرض في الأحوال الكلوية ؛ كأن يكون أكثر الألم ، في أقل الكليتين مرضاً ، اذا مرضتا معاً

والمغزى من كل ما تقدم ألا يقدم الجراح على استقصاء الكلية على زعم أنها مصابة بحصاة كلوية الا بعد الفحص الكامل بالأشعة ؛ فليس يستوثق الجراح من الحصاة ، في الكلية ؛ بغير هذه الطريقة . وليست تنفع الأشعة في بيان الحصاة فحسب ؛ بل إنها تنفع في بيان موضعها في الكلية ، مما هو ضرورى للجراح ، قبل البدء في العملية . فقد تكون الحصاة في الحالب ، وقد تكون أكثر من حصاة ، وقد تكون الحصاة في الكليتين ؛ الى غير ذلك من تفاصيل المرض مما تجب معرفته ولما يشرع الجراح في عمله .

ولسائل أن يسأل ، ألا تخدع الصورة بالأشعة الجراح ؟ بلى ، قد تخدعه ؛ لأن الظل الذى يحدث عن غدة لمفاوية متحجرة أو أى منسوج آخر قد يحسب خطأً انه حصاة كلوية . ومن الصعب ، أحياناً ، التمييز بين الحصيات الكبدية والكلوية ، اذ تتشابه الأعراض والصور . وقد أسافنا الكلام في ذلك

لنزعم ، أيها الجراح ، أن مريضاً جاءك يشكو من أعراض تدل على حصاة في كليته ، لكن لم تتضح بتكرار الفحص عنها بالأشعة ، فماذا تفعل ؟ وبماذا تشير على مريضك ؟ الرأى عندى أن تعالج المريض علاجاً دوائياً ، وأن تشير عليه ألا يتضعض للعملية الاستقصائية ، وذلك لوجوده :

أولاً - إن الاستقصاء الكلوى أو شق الكلية ليس بعملية تافهة ؛ فلا أخضع لها ان كنت مريضاً ، إلا اذا بنى تشخيص مرضى على أساس متين

ثانيًا - قد لا توجد حصاة أو شيء آخر محسوس في الكلية أو الحالب بالرغم من أن الأعراض تدل على ذلك

ثالثًا - إذا اشتملت الكلية على حصاة ، ولم تتضح بالأشعة ، فذلك لأنها صغيرة صغراً يسمح لها بالخروج من المسالك البولية . وخير للمريض خروجها بهذا الشكل من خروجها خلال جرح في القطن

رابعًا - ان الحصاة اذا كانت صغيرة فقد لا يعثر عليها الجراح في اثناء العملية فكل أولئك مما يدعو الجراح الى التنحى عن العملية الا اذا قام البرهان على وجود حصاة في موضع معين يستطيع الوصول اليه

وليست تنطبق هذه الملاحظات على الأحوال المتقدمة التي حدث فيها الاستسقاء الكلوى أو الاستسقاء الكلوى الصديدي أو المصحوبة بمرض بليارسى إذ توجد أعراض وعلامات أخرى يصح الاسترشاد بها .

ولا يصح أن تتناسى ما يمكن أن تستفيدة من الفحص عن المريض بالمنظار المثاني وبإدخال القسطرة في الحالب وبالوصول على عينة من البول من كل كلية بهذه القسطرة وما الى ذلك من الطرق العصرية الحديثة . وعليك أيضاً أن تستعين بالفحص عن البول ، وبالطبيب المتوفر على علم البكتيريا

كل أولئك ضرورى للاهتمام الى طبيعة المرض ، والوصول إلى وجه الصواب في التشخيص قبل اعنات المريض فى عملية جراحية يشق عليه تحملها جسمانياً ومالياً ، وقد تكون سبباً فى طى صحيفته

ويلزم النظر فى قوة الافراز البولى ، ومعرفة قوة كل كلية على حدة ، والفحص عن مقدار البولينا فى الدم . يلزم كل ذلك قبل أن يغزو الجراح احدى الكليتين فيستأصلها وعلى الجراح ، أن يبذل أقصى ما فى وسعه لاستجلاء المرض استجلاءً تاماً ، ولاتقاء ما عسى أن يحدث من الحوادث . وقد لا يكفي كل ما فى وسعه لمنع الطوارئ . وما هى ، وقتئذ ، الا كالعواصف تهب على البحار وهو فى سفينته على البحر ، لا بقيه منها مراقبته مقياس الجو (البارومتر) ولا يقلل حدوثها من قيمة هذه المراقبة

شق الكلية

عمليات الكلية تكتنفها حوادث جمة مختلفة بعضها ممكن انقاؤه، وبعضها من الصعب جداً . استشار رجل أحد الجراحين وكان به شال في النصف الأيمن الأسفل من البطن وبمعاينة ظهره وجد أثر التهام رأسية في القطن الأيمن علامة عملية « لخراج على الكلية » فكان واضحاً أن العصب الذي يغذى الجزء الأسفل الأيمن من البطن قد قطع في أثناء العملية . ولعل السبب في عدم ظهور الفتق القطني هو انخفاض توتر البطن على أثر الشلل العضلي .

وقد تؤذي أعصاب معينة، في أثناء العملية ، ولو كان الشق قانونياً طبيعياً . فالعصب الظهري الأخير - وهو يوازي الحافة السفلى من الضلع الأخيرة ، ويكون قريباً منها ، والعصب الحرقفي الأربى ، والعصب الحرقفي الخثلى - وهما أسفل من العصب الأول بنحو قيراط - فكل هذه الأعصاب قد ينالها الجراح ، في أثناء العمليات الكلوية ، لقربها من السطح الخلفي . وقد ينالها الجراح في أثناء ربط وعاء أو خياطة حافتي الطبقة المقدمة من الصفاق القطني .

عملت لسيدة عملية لاثبيت الكلية فغشيها ألم شديد من الالتهاب العصبي الذي عرض في العصب الظهري الأخير . وأمكن توضيح موضع ارتباك العصب في أثر الالتحام ، واستؤصل الجزء المصاب منه بعملية مختزقة للبريتون للفشل في العملية التي من ناحية القطن . فشفيت المريضة من الألم ، لكنها بقيت معتادة المورفين لولعها به منذ استعماله لتسكين الألم .

ومن الجائز رض الكلية رضاً شديداً ، أو أحداث نزف غزير بتمزيق الأوعية في سرة الكلية في أثناء استخراجك إياها ، ولا سيما ذلك في البادئات من السيدات . ولتقليل خطر هذه المضاعفة لا بد من عمل جرح كبير في الجدر وكسر ضلع أو تبعيدها عند الضرورة وقد تمزق الوريد الأجوف السفلي ؛ في أثناء نزع الكلية اليمنى التي كانت ملتصقة من التهاب محيط الكلية . وكذلك العنق والقولون في مثل هذا الخطر .

سمعت عن خطر ادخال الكلية في موضعها عاليها سافلها ، وبعبارة أخرى ادخالها والعنق ملتو ؛ وإنى وإن كنت لا أستطيع أن أحقق الخبر بمثال إلا أنى اعتقد أن الخطر يصبح أن يكون حقيقياً فليتنبه الجراح

ولعل أكبر أنواع الخطر بعد شق الكلية هو استمرار النزف . وينشأ عن عيب في الخياطة ؛ إذ لا توفق إلى سد الجزء الغائر من الشق الكلوى . ولذلك يلزم أن تخترق الغرز جميع جوهر الكلية قريبة من الغشاء الحوضى غير متعددة عليه

ويجب أن تكون الخياطة دقيقة بمادة سهلة الامتصاص مخافة أن تصبح كالنواة تولد عليها الحصيات . ولتحكم الخياطة بضغط لين متين . أما إذا أحكمت الخياطة بقوة عظيمة فقد يمزق الخيط الدقيق ؛ أو يقطع المنسوج الكلوى

واليك خطة لتقليل النزف بعد العملية هى استئصال الحصة بشق خلال الحوض الكلوى متى تيسر ذلك . فلهذه الطريقة مزايا كثيرة ظاهرة عدا كونها تحول دون النزف الكلوى المستمر

قد مرّ بك ما يمكن حدوثه من تغاضى الجراح عن الحصة فى الكلية . وأقرب ما يحدث ذلك إذا كان فى الكلية حصيات كثيرة فإن الجراح قد يترك حصة أو أكثر . ويقال إن هذا التغاضى أكثر وقوعاً إذا اشتملت الكلية على حصيتين ، أحدهما كبيرة ظاهرة للجراح يستخرجها بسهولة ؛ والاخرى صغيرة كامنة فى إحدى الكؤوس الكلوية ولا تقاء هذا الخطر يلزم استحضار صورة الأشعة فى غرفة العمليات والاسترشاد بها فى أثناء العملية ؛ وقبل خياطة الكلية

ومن المستحسن ، أحياناً ، فى أثناء شق الكلية سبر الحالب بمسبار . ولكن ذلك لا يتيسر إلا إذا كان الشق فى الجزء العلوى من الكلية فيدخل الجراح المسبار منه إلى الأسفل خلال الكأس الكلوية العليا . ولتعلم أن الكأس العليا هى التى تستمر إلى الحالب فى الموضع الطبيعى للكلى

استئصال الكلية

استئصال الكلية المفردة ، أو استئصال الكلية العاملة ، وترك الكلية غير كاملة النمو والتي لا تستطيع أن تتحمل المطالب الحيوية التي يقنضها الجسم من النكت الريكية التي تقال لتجريح الجراح والنيل منه . وعلى الجراح ، قبل أن يستأصل إحدى الكليتين أن يتحقق من وجود الأخرى مخافة أن يقع في هذه الغلطة الفظيعة . وقد يستأصل الجراح الكلية المفردة ، وهو يجهل أنها كلية . فالمشيئة بتقص المهبل والرحم نقصاً خافياً قد لا يكون عندها ، غالباً ، سوى كلية مفردة ، كرية الشكل في الحوض ، لا في موضعها الطبيعي . فوَقْنْتُه قد يحسبها الجراح تجمعاً دمويّاً في الرحم من انسداد المسالك التناسلية . وحين يفتح الجراح البطن للاستقصاء يجد ورماً كريّاً لاطئاً (١) أو مقعداً يسهل تقفه من غلافه . ولا يعرف أنه استأصل الكلية المفردة ، إلا أخيراً ، فان عرف أنه حرم المريضة من جهازها البولي ندم ولات ساعة مندم ؛ وحزن حزناً شديداً ولات أوان

الحالبان

هنا مسألة صغيرة بشأن سكون الحصة في الحالب ليس من النادر أن يمر عليها الجراح ولما يدركهما . ذلك أن الألم الذي يحدث عن الحصة وهي في الحالب قد ينسب إلى التهاب في الزائدة الدودية . فينصح للمريض بالعملية ويستسلم لها . وقد يرى في الزائدة التهاب مزمن قديم ؛ وهو كثير الوقوع فيها . وقد ترى سليمة ، لا شية فيها سوى شدوذ في الوضع أو الشكل كأن تكون أطول من المعتاد أو كأن يكون فيها شيء من الالتواء أو الاحتقان فيستأصلها الجراح بحق ناسياً ، أحياناً ، أن يتمادى في الفحص عن أسباب أخرى للألم . ومن الأسباب التي يصح أن يصادفها الجراح ، في مثل هذا الوقت ، الحصة الداخلة في الحالب الواقعة فيه

والغلظة الشائعة بشأن الحالبين هي قطعهما أو ربطهما في أثناء العمليات في الأنسجة المجاورة لهما . وأكثر ما يحدث قطع الحالب في عملية استئصال الرحم للسرطان استئصالاً كاملاً . ويظهر أن هذه الحادثة صادفت عدداً غير قليل من صفوف الجراحين . لكن كما زادت مهارة الجراح ودقته قل وقوعها منه . ومما يقلل وقوع هذه الحادثة معرفة الجراح تشرح الأجزاء في موضع العملية كنه المعرفة ، ومعرفته بالشكل الظاهر للحالب والعلاج ، إذا حدثت هذه الحادثة ، هو وصل الطرفين المقطوعين ، أو وصل الجزء العلوى بالمثانة ، فإن لم يستطع الجراح علاج الحالب بأحدى الطريقتين لسبب ما ، كأن يكون قد استأصل جزءاً كبيراً من الحالب عقوفاً ، أو كأن لا تسمح حالة المريض بإتمام العمل إذ يشق عليه طول العملية ، فإن لم يستطع الجراح ذلك فعليه أن يربط الطرف القريب من الكلية ، ووقتئذ تضرر الكلية في هذه الناحية بغير أن تحدث ضرراً محسوساً بشرط أن تكون الكلية في الناحية الأخرى سليمة وكذلك حالها .



الفصل الحادي والعشرون

المثانة البولية، وغدة البروستاتا، ومجرى البول، والقضيب.

المثانة

لم تسمع حوادث كثيرة بشأن جراحة المثانة، لكنها معرضة لجملة عوارض في أثناء العمليات الأخرى في الأعضاء المجاورة. فكثيراً ما تفتح فتحة عارضية في أثناء فتح البطن في الجزء الأسفل. ويقال إن المثانة الممتلئة بالبول قد حسبت خطأ أنها كيس مبيض فبزلت. ولا يحصل مثل هذا اللبس إلا إذا كانت المثانة ممتلئة بالبول، وهو مما يجب أن يتحاشاه الجراح في كل عمليات البطن ولا سيما ذلك في الجزء السفلي منه. وعلى كل حال، ففتح المثانة من الأغلاط التي تذكر في غير جراحة المثانة، وقد مررت بالكلام على أصابتها في عمليات الفتق.

شق المثانة فوق العانة

يصح أن يقع الجراح، في أثناء عمل هذه العملية، في غلطين شائعتين. وهما جديرتان بالذكر.

فأما الغلطة الأولى فهي جرح البريتون جرحاً عارضياً، وفتح تجويفه. فإذا كانت المثانة ممتلئة فمن البعيد جرح البريتون ولو كان الجراح مهملًا في عمله، ويجب أن تكون المثانة ممتلئة أوان هذه العملية. فإذا لم يمكن ملء المثانة بسبب ما فيها من التهاب المثاني، أو لوجود حصاة كبيرة تشغل كل فراغها، أو إذا كان البريتون ممتدًا إلى أسفل أمام المثانة امتداداً أكثر من الطبيعي، فبقليل من العناية يمكن دفع الثنية البريتونية إلى الأعلى حيث تؤمن أصابتها. وهذه الثنية من السهل رؤيتها، ومعرفة مكانها، وتداولها. وأما الغلطة الثانية فهي وخز المثانة بالشرط فقط لفتحها، ففتحها بهذا الخز يخرج ما فيها من السائل، فتقلص، وتغيب عن الجراح فلا يعود يجدها إلا بصعوبة. ولاتقاء هذه الغلطة يحسن أن يغوص الجراح بمشرطه دافعاً إياه إلى الأسفل، وأن يدخل

أصبعاً أو أصبعين في فتحة المثانة ؛ والمشرط لا يزال باقياً فيها ؛ وتمسك خافتاً
لمثانة وثنتين .

وهناك طريقة أخرى التزمها في عمليتي ؛ وهي وضع فتلة حديد بآلة منحنية على
جانب الشق في المثانة قبل فتحها ؛ ثم مسك كل فتلة بجفت شريان . فبذلك يمكن
جذب ثنية مثانية فيها عمل الشق لفتحها

تفتيت الحصاة

لقد طالت المناقشة ، منذ بضع سنين ، في الدوائر الجراحية ، واختلاف الجراحون
في أي الطرق أفضل لاستخراج الحصاة ؛ أأستخرج بالشق فوق العانة أم أأستخرج
بالشق في العجان ، أم أأستخرج بالتفتيت

لقد تقدمت طريقة التفتيت ، وبلغت من الكمال حداً يجعلها في مقدم الطرق التي
يأخذها الجراح لاستخراج الحصاة من المثانة . بل يرى بعضهم أن أأستخرج الحصاة
دائماً بالتفتيت ، إلا أن تكون هناك دلالة مانعة . والدلالات المانعة هي :

(١) ظروف الحصاة - ليس من الصواب استخراج الحصاة من المثانة بالتفتيت
إذا كانت كبيرة وذلك مخافة إصابة الجدار المثاني . ولا شك أنك أأستغرب كثيراً إذا
قلت لك إني اضطررت ، ذات مرة لاستخراج حصاة من المثانة بشقها فوق العانة ،
وكانت الحصاة تسد جميع فراغ المثانة بشكل غريب ، فنكان بروز الحصاة في موضع
يقابله انبعاج في جدار المثانة ، وانبعاج الحصاة في موضع آخر يقابله بروز المثانة . وكذلك
يمنع التفتيت صلابة الحصاة كأن يكون قوامها أكهلات الجير . وإياك أن تعاند
الحصاة الصلبة بتفتيتها فقد ينكسر منك أحد فكي المفت داخل المثانة . وكذلك يترك
التفتيت إذا كان قوام الحصاة من الرواسب الفوسفاتية . فإن عيون المفت تنسبد فلا
يستطيع التفتيت

ولا يمكن استعمال المفت ، أيضاً ، إذا كانت الحصاة متكيسة في ركن من المثانة .

أما تعدد الحصاة في المثانة فليس يمنع من التفتيت إلا أن تكون الحصيات صغيرة فيكتفى
باستخراجها بغير تفتيت بالفرغة

الحصاة في المثانة

أغلاط الجراحين (٢٢)

(٢) ظروف مجرى البول - لا يمكن استخراج الحصاة بالمفتت اذا كان مجرى البول ضيق عضوى ، أو اذا كان فى البروستاتة ضخامة ؛ وذلك لصعوبة ادخال المفتت الكبير . واذا أبى الجراح إلا أن يغالب هذه الدلالات فقد يحدث طرقاً كاذبة فى مجرى البول تزيد العملية صعوبة . وإياك أن تستعمل المفتت اذا كان مجرى البول متهيئاً تهيجاً شديداً بما يتضح من القشعريات عقب جسسه بالمجس . وكذلك يمنع التفتيت وجود نواصير بولية بهارسية .

(٣) ظروف المثانة - لا يصح استخراج الحصاة بالمفتت اذا كانت المثانة البولية ملتهبة التهاباً شديداً ، أو كان بها أورام بهارسية أو كانت مصابة بهارسية شديدة تحول دون ملء المثانة بالسائل لانتقباضها

(٤) ظروف الكلية وحوضها - لا يصح استعمال المفتت اذا كان فى الكلية وحوضها مضاعفات التهاية جراحية أو مضاعفات بهارسية ؛ لأن هؤلاء المرضى قد يصابون بما يسمى «حمى القسطرة أو حمى مجرى البول» عقب ادخال مجس أو قسطرة فى مثانتهم . أما الشق فوق العانة فيستحسن فى الأحوال الآتية :

- (١) اذا كانت الحصاة كبيرة لا يصح استخراجها بالتفتيت
 - (٢) اذا كانت الحصاة متكيسة
 - (٣) اذا كان فى مجرى البول ضيق
 - (٤) اذا كانت فى البروستاتة ضخامة ؛ ووقتئذ يصح أن تكون عملية شق المثانة لاستخراج الحصاة أولاً ؛ ثم للتمهيد لاستئصال البروستاتة
- يجتنب استخراج الحصاة من المثانة ، فى الأطفال ، بهذه الطريقة ، لأن المثانة البولية فيها عضو بطني أكثر منها عضو حوضي

أما ما يمنع اجراء هذه العملية فدالتان :

(١) التهاب المثانى الشديد

(٢) انقباض المثانة

أما استخراج الحصاة شق المثانة فى العجان فيفضل فى الأحوال الآتية :

- (١) التهاب المثانى الشديد .
- (٢) وجود بلهارسية مثانية متقدمة .
- (٣) وجود نواصير بولية بلهارسية .
- (٤) انقباض المثانة وضخامة جدرها .
- (٥) « انحشار » الحصاة فى عنق المثانة .

ويحسن أن أذكر بهذه المناسبة ، أن الأجسام الغريبة فى المثانة يفضل استخراجها بطريقة الشق فوق العانة . ومن غريب ما أذكره ما أجرته لاستخراج « زجاجة قطارة قطرة » من المثانة فى مريضة . وكانت حكايتها كما يأتى :

كانت المريضة ، وهى من احدى قرى مركز قليوب ، فى الشهر الثالث من الحمل واحتبس بولها ؛ ولا أذكر تماماً سبب الاحتباس . فاستدعت المريضة إحدى قوابل البلدة . وهذه لجأت الى « قطارة القطرة » لاستعمالها كقسطرة . فلما ادخلتها انفصلت الأنبوبة الزجاجية من الأنبوبة الجلدية . وبمحاولتها استخراج الأنبوبة الزجاجية دفعتها الى داخل المثانة . فاستخرجتها من المثانة بشق فوق العانة ، وكانت الأنبوبة سليمة وعلى ذلك ترى أن من الضروري أن يتخير الجراح طريقة العمل لكيلا تكون أول غلطة يقع فيها ، قبل العملية ، سوء اختيار طريقتهما

ولتعلم أن طريقة استخراج الحصاة بالتفتيت تحتاج الى خبرة ومهارة . لأن الجراح اذا لم يكن خبيراً ماهراً فقد يؤذى جدر المثانة ، فى أثناء العمل ، أو يترك جزءاً من الحصاة فيستدعى إعادة العملية واليك قصة :

جاءنى مريض ، بعيادتى الخصوصية ، وأنا طبيب مستشفى قليوب ، يشكو تعباً فى بوله ، من ألم شديد ، وعسر ، واحتباس أحياناً . وأخبرنى أنه عولج فى ملحق المستشفى الخاص بعلاج البلهارسية والانكيلوستوما بغير فائدة لانه قد استوفى الحمن الاعتيادية لعلاج البلهارسية . وبالجس وجدته مصاباً بحصاة فى المثانة متوسطة الحجم لانها كانت فى حجم اللوزة أو اكبر قليلاً . فنصحت له بالعملية فقبل . ووعدنى أنه

سيحضر في اليوم التالي مستعداً لها . لكنه لم يحضر . وفي أقل من أسبوعين حضر لي هذا المريض مصاباً باحتباس في البول . فسألته لم تأخرت إلى الآن ؟ فأجاب : إن أحد أقاربي نصحنى ، بعد أن اتفقت معك على العملية ، أن أذهب إلى مستشفى بشارع قصر العينى . وقد ذهبت فعلاً ، هناك ، حيث عملت لى عملية التفتيت وخرجت معافى منذ بضعة أيام ، ولا أدرى سبب هذا الاحتباس . فقلت ولا أنا أدري أيضاً . وشرعت فى جسده ، ووجدت أن بالمثانة حصاة . فلم أصدق ما قاله لى . واستخرجتها له من المثانة بشق العجان . أتدرى ماذا وجدت ؟ وجدت نصف حصاة بحجم نصف البندقة وبشكل نصف البندقة أيضاً ، ولولا أنى وجدت الحصاة بهذا الشكل لما صدقت الرجل

ولقد ذكرت هذه المشاهدة بالتطويل لما فيها من جسام الأمور :

(١) فأما الأمر الأول وهو ما أرجو مصلحة الصحة العمومية أن تتبعه بصفة نظامية فى جميع مستشفياتها التى تعالج البليارسية فتحتم على الطبيب أن يفحص عن المثانة فى كل مريض بالجس بالمجس كما يفحص عن بوله فان وجد الطبيب حصاة فى المثانة أرسل المريض إلى المستشفى العام

وليس الجراح فى حاجة الى الفاته فى هذه المسألة ، لأنه كثيراً ما يجس مريضه قبل تعرف بوله

(٢) وأما الأمر الثانى وهو ما أرجو أن يتبعه كل جراح مولع بعملية التفتيت بصفة نظامية فيحتم على نفسه الفحص عن المثانة بالمنظار المثانى لكى يتحقق من خلوها من فتات الحصاة . وحذا لو اتبع هذا النظام فى مستشفى قصر العينى . اذن يتبع ذلك كل جراح فى عمله بعد خروجه . ولا يقلل من ضرورة الفحص عن المثانة بالمنظار المثانى ما يمكن أن يقوله لك بعضهم من أن هذه الفتات اما أن تكون كبيرة فلا يمكن أن تفوت المفتت ، وإما أن تكون صغيرة فلا خوف منها لأنها تنزل فى البول . فقد كانت القطعة التى تركت فى مثانة المريض التى ذكرت لك حكايتها كبيرة ومع ذلك فقد فاتها المفتت ، واستأوفى من يقول إن الصغير من الفتات ينزل حتماً مع البول لأن

الحصىات انما تكون صغيرة وتكبر تدريجاً فلم لا تنزل صغيرة ولما تكبر؟
 (٣) والأمر الثالث هو ألا يكتفى الجراح بعلامة قطعية بمرض في التشخيص ذلك
 لاحتمال وجود أكثر من مرض ، فليس ينفع أن يكتفى الجراح بتشخيص المرض
 بهارسية في المثانة اذا وجد بويضات البهارسية في البول لأن وجود البهارسية في المثانة
 لا يمنع وجود حصاة فيها أيضاً ، وللتقيض حكمه (١)

ضخامة البروستاتة

يحسن أن أذكر لك شيئاً بشأن ضخامة البروستاتة ، فأقول إن من الخطأ أن يعتقد
 الجراح أن المريض مصاب بضخامة في البروستاتة اعتماداً على أنه شيخ أو متوسط في
 العمر ، وأنه أصيب باحتباس في بوله ، وأن من الممكن إدخال قسطرة بحجم كبير الى
 مثانته فكثيراً ما أدى التشخيص الذي عمل ارتكائاً على هذه العلامات الى تدخل
 جراحى بغير أن يجد الجراح ضخامة في البروستاتة أو عائقاً في مجرى البول ، وبالتمادى
 في الفحص عن مثل هؤلاء المرضى يتضح أنهم مصابون بأمراض أخرى كالشلل مثلاً .
 ولتشخيص ضخامة البروستاتة لا بد من علامتين عدا احتباس البول وغيره من
 الأعراض

فالعلامة الأولى هي جس البروستاتة من المستقيم والشعور بضخامتها بالأصبع
 والعلامة الثانية هي ضرورة تبقى مقدار من البول المتبقى (٢)

عملية استئصال البروستاتة

إن عملية استئصال البروستاتة بالشق فوق العانة عملية سريعة سهلة اذا كانت
 البروستاتة عظيمة والمثانة سليمة . واعل أغلب أحوال الفشل ناشئة عن عدم وجود أحد
 الشرطين أو كليهما

فاذا كانت المثانة عفنة والبول قلوياً فمن الحكمة التمهيد للعملية بالشق فوق العانة

(١) للتقيض حكمه اى والعلس بالمدس

(٢) Residual urine

وتصفية المثانة و إعطاء المريض أدوية مطهرة لحامض البوريك ، وفوصفات الصودا الحامض ، وهكسامين ، وبنزوات الصودا ، وذلك حسب ما تقتضيه العدوى البكتيرية لتحسين عفونة المثانة. وماذا عسى أن يحدث اذا استؤصلت البروستاتة ، وبول المريض غفن قلوى ؟ ان الذى يحدث هو رسوب مواد فوصقاتية على السطح المتعرى رسوباً يحول دون الالتئام ؛ واذا شفى الجرح الذى بالعانة فقد ترك المريض بحصاة فى مثانته . ومن صادفته هذه الحادثة يأبى من غير ما شك أن يراها ثانية

ولا بد من الاحتياط فى استعمال حامض البوريك لأنه وإن يكن من أحسن الأدوية المطهرة التى تحول البول القلوى حامضاً الا أن له عيوباً ؛ منها أن الاستمرار فى تناوله قد يحدث اكرزما شديدة ، ومنها أنه قد يحدث النوبة النقرسية الحادة اذا كان عند الشخص استعداد للنقرس .

أما الهكسامين فاذا أخذ بمقادير كبيرة غير مخفف فقد يحدث بولاً دمويًا ، كما مرّ بك ولتعلم أن تصفية المثانة خلال شق فوق العانة مما ييسر بغير مضايقة المريض بصندوق مارشال للشق فوق العانة^(١)

أما الشرط الثانى وهو ضخامة البروستاتة ضخامة عظيمة فذلك لأن تقف الضخامة العظيمة أسهل من تقف الصغيرة . ويحسن أن أقول إن هذا التعبير غير دقيق ؛ لأن تقف البروستاتة تقفًا حقيقياً عمالية غاية فى الصعوبة ؛ لكن تقف الورم الأدينومى من البروستاتة أمر سهل وبعبارة أخرى أمر سهل على شرط أن يكون الورم الأدينومى كبيراً فيسهل على الأصبع النقف ، وكلما كبر الأدينوم زادت السهولة

ويحكى بعض الجراحين أنه نجح ، فى تقف البروستاتة المشتملة على جملة حصيات بغير أن يكون فيها أدينوم ، وذلك خلال شق فوق العانة . واستغرقت العملية زماناً طويلاً . وقد شفى المريض بعد أن شق عليه وعلى جراحه العمل . ويستأنف هذا الجراح قائلاً إنه عزم على ألا يكرر مثل هذه العملية كيفما كانت لذته بالنجاح

ويقول هذا الجراح نفسه ، أنه فتح ، ذات مرة ، المثانة ، لاستئصال البروستاتة ، فلم

يجد فيها أجساماً مستديرة أو كتلاً عظيمة ، ووجد أن فتحة عنق المثانة تحيط بها خلقة ليفية صلبة . فشرع في النقف، ونجح في استئصال ما وزنه درهمان من منسوج ليفي غير معروف يزعم أنه من البروستاتة . وهو عمل شق على المريض تحمله . واستأنف قائلاً إن من الخطأ الفاحش والغلط الموبق أن يستأصل الجراح البروستاتة الليفية الصغيرة الخلقية ان الانسان شديد الوله بكتمان أغلاطه واخفائها، لكنى أعنفد أن كثيراً من الجراحين عرف من تجاربه ، كما عرفت من تجاربي ، ان من الخطر العظيم على حياة المريض محاولتك نقف البروستاتة الليفية الصغيرة . ولعل في ذلك ما يوضح حاجة القوم الى كتاب تصور فيه بعض أغلاط الجراحين وحوادث الجراحة ، وبيان طريقة انقاذها ولقد بين السرطومسون وككر^(١) مالفحص عن باطن المثانة، بعد استئصال البروستاتة مباشرة ، من الفائدة العظيمة ؛ وذلك لسببين :

(١) فالسبب الأول هو ضبط ما يشاهد نازفاً من الأوعية الكبيرة التي قد تحدث نزفاً غزيراً وتكون ، غالباً ، بالقرب من الحافة المتعرية للغشاء المخاطي للمثانة حيث تكثف التجويف الذى استؤصلت منه البروستاتة

(٢) والسبب الثانى هو التحقق من عدم وجود ذيول أو شرائح من الأنسجة قد تعوق فى المستقبل البول

وقد رأى أحد الجراحين مريضاً استؤصلت منه البروستاتة فلم يستطع ، عقب العملية ، أن يبول خلال مجرى البول ، وبقي ناصور فوق العانة . وبفتح المثانة ومعاينة باطنها لم يمكن العثور على فتحة توصل الى مجرى البول لانسداد موضع الفتحة بأثرة التحام ، ومن المضاعفات الشائعة جداً ، عقب عملية استئصال البروستاتة التهاب البربخ والخصية . ولقد سمعت خطبة المستر كليفورد مورسون جراح مستشفى القديس بطرس للأمراض البولية بلندن ، وهو يقولها فى القسم الجراحي من الجمعية الطبية البريطانية فى اجتماعها فى العام الماضى فى بورتسموث . ونشرت فى الجزء الصادر فى أول ديسمبر

سنة ١٩٢٣ من المجلة الطبية البريطانية. والخطبة بشأن قطع القناة الناقلة للمني، عقب استئصال البروستاتة، لالتقاء التهاب البرنج والخصية؛ آثرت نقلها، ههنا، لما فيها من الفوائد في الموضوع الذي نحن بصدده :

« يتأكد الجراح من درس تشريح البروستاتة والأنسجة المجاورة لها ان استئصالها بعملية لا بد أن يفضي الى تمزق القنوات القاذقة للمني، والى تلف الحويصلتين المنويتين أحياناً. ولتعلم أن السطح المتعري بين قاعدة المثانة والرباط الثالث، بعد استئصال البروستاتة، يتغطى تدريجاً بغشاء مخاطي يمتد الى الأسفل والأمام، بطريقة تجعل الصماخ المثاني الباطن في الطرف المثاني من الجزء الغشائي لمجرى البول، وذلك في مدة أسبوعين بعد العملية وبذلك يختم على فوهة الحويصلتين المنويتين، فتعزلان عن مجرى البول والمثانة. فإذا كان المريض مصاباً بالبول الباسيلي^(١) أو الالتهاب المثاني، في أثناء العملية، امتدت العدوى الى الحويصلتين المنويتين، وهما من أعضاء التناسل، وانعزلتا عن التجويف المثاني. اذا وصلت البكتيريا الى الحويصلتين فأتلافها لا يكون الاً بطيئاً لعدم الوصول اليها بالمطهرات أو بالعلاج الموضعي

ولتعلم أن الالتهاب الحويصلي هو، لسوء الحظ، من المضاعفات الشائعة جداً عقب العملية، وعلاماته وأعراضه محدودة :

(أ) تنذبذب حرارة المريض، في العشرة أيام الأولى بعد العملية، من درجة ٩٧ الى درجة ١٠٠ مئزران فارميت. واذا بدأ البول الطبيعي ارتفعت الحرارة قليلاً، وربما نسبت الى استرجاع المريض وظيفة البول. على ان الحرارة انما تنشأ عن الانقباض العضلي اللازم لدفع البول، من المثانة الى مجرى البول، مما يزيد التهاب الحويصلتين، ويدفع الى مجرى الدم، مقداراً جديداً من التوكسين

(ب) يخذت ضيق شديد بغسل مجرى البول، بطريقة جانت^(٢) وهو، غالباً، عمل غير مؤلم

(ج) يشكو المريض ، عند أول البول ، وفي أثناء مجرى البول في مجرى البول ، من ألم متوسط ينعكس في عنق المثانة

(د) يتضح من الفحص عن طريق المستقيم مضاضة في محاذاة قاعدة المثانة ولما كان من النادر أن يفحص الجراح عن مريضه بطريق المستقيم قبل مغادرته فكثيراً ما يفوته ادراك أحوال التهاب الحويصل عقب استئصال البروستاتة . ولا يلبث المريض إلا قليلاً حتى يمتد التهاب الى الخصيتين

وهذه المضاعفة الجديدة تحدث ، غالباً ، بعد التهاب الحويصل ، ببضعة أسابيع . وقد تتأخر نحو ثلاثة أشهر . ومن الشائع جداً رجوع المريض الى جراحه بالتهاب في الخصية وقد كان يسير الى الشفاء حديثاً بطريقة مرضية . والمعتاد علاج الخصية علاجاً موضعياً بالكدمات ، وبالتدليك بالمرهم الزئبقى وبالدياترمية^(١) فتتحسن ، لكن ليس ما يضمن لنا عدم اشتعال التهاب ثانياً ، وبؤرة العدوى لا تزال قائمة في الحويصلة المنوية

وقد ألفت النظر المستر ويت^(٢) في رسالة نشرت حديثاً في مجلة اللانست الطبية الى كثرة وقوع التهاب البرنجي مضاعفة لاستئصال غدة البروستاتة . وقد وجد ، من درس خمسين مريضاً ، في مستشفى القديس بطرس^(٣) ان ٨٢ في المائة حدث عندهم التهاب في الخصية ، وقسم درجات التهاب بالطريقة الآتية :

(١) ضخامة البرنج

(٢) زيادة الضخامة . يلتصق البرنج بالخصية ، وتلتصق عراها الواحدة بالأخرى

(٣) يكبر البرنج ، ويصير قاسياً ، شديد الالتصاق بالخصية . وأكثر ما تتضح

هذه التغييرات في الرأس الأصغر . وقد توجد مضاضة

(٤) تمتلئ الطبقة الغمدية بسائل . ويكبر البرنج ، ويصير ملتصقاً ، وتوجد فيه

مضاضة ، فالألم شديد ، والمضاضة حادة ، ويصير الصفن أحمر ، وقد تظهر فيه الأريما

(٥) تتمادى الحالة السابقة فيتكوّن صديد في البرنج . وترتبك الخصية في التفقيح .

وقد تنغمر

Diathermy. (١) Winsbury White. (٢)

St. Peters' Hospital. (٣)

من هذه المشاهدات والملاحظات يتضح لك أن صحة المريض قد تظل متحرقة بالرغم من تضعفه لعملية الاستئصال

ولقد كان هم الجراحين ، منذ شرع فراير^(١) عملية استئصال البروستاتة بالشق فوق العانة ، تحسين العملية الأصلية لتقليل خطر المضاعفات فلم يكال مسعاهم الاقليل من النجاح . ولعل ذلك مما يصادفه الجراح من الصعوبة في منع الكيتين المتأثرتين بالضغط الخلفي من افراز البول الموقر^(٢) بالباسيل القولوني . وحيث أن الوقاية خير من العلاج فخير للجراح أن يحاول اخضاع مريضه لعملية الاستئصال ولما يظهر عنده البول الباسيلي^(٣) ، وذلك اتقاء حدوث التهاب الحويصلي والتهاب الخصية . فان ظهر البول الباسيلي فليحاول الجراح ، تطهير المسالك البولية ، قبل عملية استئصال الغدة ، بالطرق التي ذكرتها في رسالة حديثة نشرتها في مجلة المباحث الاكلينيكية^(٤) ولكن ذلك لا ييسر دائماً مما يضطر الجراح لصنع شيء أو ان العملية لمنع امتداد العدوى من المثانة الى الحويصلتين ومنهما الى الخصيتين

فاقترح بعضهم استئصال الحويصلتين عقب استئصال الغدة ، والرأي عندي أن هذا مما يستدعى تطويل العملية . فاذا أضيف طول العملية ، الى رداءة الصحة العمومية الى كبر السن كان لنا من كل ذلك ما يزيد نسبة الوفيات عقب استئصال البروستاتة بالشق فوق العانة مباشرة

ويمكن منع العدوى عن الحويصلتين بربط القناتين القاذفتين للمنى ، وقد اتبعت هذه الطريقة ، في بعض أحوال معينة . ولتعلم أن ربط هاتين القناتين والانسجة مغمورة بالدم ليس بأقل سهولة من استئصال الحويصلتين بالتشريح

ولما كان عزل الحويصلتين عن العدوى من المسائل المشككة فلننظر ماذا نستطيع أن نعمل لمنع امتداد العدوى الى الخصيتين . ولقد وجدت أنى اذا قطعت القناة الناقلة للمنى أسفل فتحة الاربية الظاهرة استطعت أن أخمن لمرضى أنهم لا يصابون بالتهاب الخصية والبرنج كيفما كانت المضاعفات الأخرى

(١) Freyer. (٢) المشعور (٣) Bacillurie

(٤) Journal of Chimical Research.

والطريقة بسيطة ، ويمكن ، في أقل من خمس دقائق ، عزل القناتين وربطهما . وهي الفحص عن القناة وهي في الحبل المنوى خلال الجلد في الجزء العلوي من الصفن ، وذلك بعد استئصال الغدة واقفال الجرح الذي في الجدار المقدم من البطن . ثم أمسك القناة جيداً بين السبابة والابهام ، أسفل الجلد مباشرة . وأشق شقاً صغيراً لا يتجاوز ربع القيراط . ويمكن عزل القناة وجذبها بجفت من الجرح . وبعد عزل عروة القناة عن الانسجة التي تكتنفها تقطع بين ربطتين من الكاتجت وليس من الضروري استئصال قطعة من القناة الناقلة اذ يكفي قطع اتصال مجراها للغرض المطلوب . ثم يرسل الطرفان المربوطان الى الجرح ، ويقفل الجرح بغرزة من الكاتجت . وللاقتصاد في الوقت يربط مساعدى القناة في ناحيته بينما أربط أنا القناة في ناحيتي

وليس ببعيد زعم القوم أن ضمور الخصية يعقب قطع القناة فالصواب غير ذلك . فقد أجريت هذه الطريقة ، في كل عملية استئصال للبروستاتة ، سواء أكان في المستشفى أم في عملي الخاص ، سنين ، ولم أشاهد مريضاً واحداً ضمرت خصيته . هذا الى أن المرء لا يفقد الشهوة الجنسية ولا يمنع الربط الجماع . وكذلك لم أشاهد ولا حالة حدث فيها الالتهاب البربخي . ومما يستنبط من ذلك أن العدوى من موضع البروستاتة الى الخصية تمتد بطريق القناة ، لا بطريق المجرى الدموي . ويتضح أيضاً أن الأوعية اللمفاوية التي تقوم بنقل العدوى لا بد أن تكون في جدار القناة ، لأنني اضطررت في بعض أحوال قليلة ، الى فتح خراج بالحقن الموضعي ، حيث قطعت القناة . فيؤخذ من ذلك أن العدوى امتدت بطريق القناة الى حيث انقطع اتصالها أسفل فتحة الأربية الظاهرة»

تمزق مجرى البول

إن الموضع الاعتيادي الذي يتمزق فيه مجرى البول من العنف هو أسفل الرباط المثلث مباشرة . وهذا هو الشكل القياسي للتمزق . ولا شك أن الأعراض الناشئة عن انسكاب البول ، وطريقة امتداده مقيداً بادغام صفاق كوالس ، لا شك أن كل

ذلك معروف . والتمزق شكل آخر غير قياسي ؛ وهو الذى يحدث فى المجرى فى جزئها الذى داخل الحوض . ولقد شرح هذا النوع من التمزق ادوار دينسلى ^(١) فى كتيب جليل الفائدة

والتمزق فى هذا النوع ، يكون فى الجزء البروستاتى من المجرى ، أعلى الرباط المثلث مباشرة ، وأكثر ما تحدث الإصابة عن كسر الحوض . وقد ذكر دينسلى حالة من حالاته لم يكن فيها التمزق مصحوباً أو ناشئاً عن كسر الحوض ؛ بل حدث التمزق من انضغاط الحوض انضغاطاً جانبياً بغير كسر وكان فى صبي فى الرابعة عشرة من عمره ولهذا الإصابة شأن عظيم لأن الجراح قد يتغاضى عنها فلا يدركها ، فتعرض عواقب خطيرة . لأن البول يتجمع فى المسافة التى فى مقدم المثانة . وقد تدخل القسطرة مباشرة ، فى هذه المسافة فيزعم الجراح أنه دخل بالقسطرة فى المثانة . وكثيراً ما يبنى على هذا الزعم سلسلة طويلة من الخدع التى يخدع بها .

أما العواقب فأهمها فوات الوقت المناسب لاسترجاع مجرى المجرى ، فتسوء حالة المريض ، ويصعب تخفيفها

وقد ذكر جابرت بارلنج ^(٢) مريضاً من هذا النوع ، ساءت حالته ، فعمد الجراح الى غرس الحالبين فى القولون للتخلص من ناصور مثانى مزمن عقب كسر فى الحوض وهذه العاقبة الوخيمة الناشئة عن هذه الإصابة لا يمكن اتقاؤها الا بمعرفتها كنه المعرفة ساعة حدوثها

ضيق المجرى والقسطرة

من أكثر الأغلاط شيوعاً فى ميدان الجراحة تشخيص ضيق فى مجرى البول وليس فيه ضيق ، اذ يكون العائق الحقيقى هو العضلة العاصرة لمجرى البول التى تقوم بوظيفة حارس يمنع دخول الأجسام الغريبة الى المثانة . فاذا كان مجرى البول ملتهباً حساساً فالعضلة العاصرة أقل رزانة منها إذا كان المجرى سليماً

Edward Deanesly. (١)

Gilbert Barling. (٢)

ولتعلم أن هذه العضلة تقاوم كثيراً القسطرة الباردة ، الصلبة المنددة بشيء مهييج ، وخاصة إذا ادخلت في المجرى بغير رفق ولين . فإن أصر الجراح على ادخال القسطرة وداوم على دفعها في المجرى زادت العضلة عناداً ومقاومة ، على الأغلب ، حتى لقد تخترق القسطرة جدار المجرى دون أن تلين العضلة . وقد يتولد في موضع الاختراق ضيق . فإذا كان حظ الجراح من النظافة كحظه من حسن التصرف فقد يتولد عند المريض خراج حول المجرى ، إذا فتح نشأ عنه ناصور في العجان بعواقب غير مرضية ولا لقاء جميع المتاعب الناشئة عن الغلط في التشخيص علينا ، في أحوال الاحتباس البولي ، أن نبداً بادخال قسطرة كبيرة ، رخوة ، دفئة ، منددة بمادة غير مهيجة كسائل البرافين مثلاً ؛ وعائنا ألا نهيج العضلة العاصرة للانقباض بشيء من الرعونة . إن من الضروري مداينة المجرى بالقسطرة فلا تدفع بخشونة . وكثيراً ما يختفى الضيق بملاحظة هذه الاحتياطات فيرى الجراح أن سبب الاحتباس هو الجهاز العصبي ، أو البروستاتة أو آفة أخرى في غير مجرى البول

يقول أحد الجراحين إنه وردته رسالة من طبيب فيها ما يأتي : « حامل هذا اليك مصاب بضيق في المجرى ، ولم أستطع ادخال أصغر قسطرة » وقد تمكن الجراح ، بعد تلاوة هذه الرسالة ، من ادخال قسطرة رخوة بحجم عظيم بسهولة ويحسن ألا يحاول الجراح ادخال القسطرة التي من المعدن إلا بعد فشله في ادخال القسطرة الرخوة . ولعل السير ولیم طومسون هو القائل إن القسطرة التي من المعدن رقم (١٠) أعظم آلات الجراحة خطراً . وكذلك يرى كل خبير في الجراحة

قد يقال إن مزية القسطرة التي من المعدن معرفة الجراح أين يكون طرفها وهو وهم خطر ولنحسب أن الجراح يعرف أين يكون طرف القسطرة ، وكان يكون هذا نافعا لو علم تماماً ماجريات المجرى فلا يخترقه بالقسطرة

شق المجرى شقاً خارجياً

وإن يكن من السهل شق المجرى في العجان ، في الجثة في المشرحة ، فليس من السهل عمل ذلك في غرفة العمليات . ففي ذلك صعوبتان

فالصعوبة الأولى عدم حضور المريض المصاب بضيق غائر في مجرى البول الى الجراح الا بعد أن يحاول نفر من الأطباء ادخال القسطرة ولم يتمكنوا الا من عمل طرق كاذبة في المجرى . ففي هذه الطرق يدخل المجس بدلاً من دخوله في المجرى . فاذا شق الجراح فانما يشق على المجس ، لا على المجرى واذا لم يعرف أن المجس في طريق كاذب فقلما يعرف المجرى . ويحكى بعضهم أنه رأى جراحاً حدثت له هذه الحادثة ، فحاول الاهتداء الى المجرى بغير فائدة ، وأخيراً أخبر زوج المريض أن من المستحيل تخفيف حالة زوجها بالعملية

والصعوبة الثانية هي ألا يكون هناك طريق كاذب ، فيضع الجراح المجس حتى يصل الى الضيق ، فيشق عليه ، ويخرج طرف المجس من الجرح . ووقتئذ تصادفه الصعوبة ، وتكون عن قلة خبرته ، أو إهماله ، أو جهله بتشريح هذا الجزء . وهي رؤيته غمد ليفي ثخين يكتنف مجرى البول والبصلة ، فيحسبه خطأ جدار المجرى نفسه فيضيع وقته سدى في تمزيق هذه الأنسجة التي تكتنف المجرى ، والتي تكون شديدة الوعائية غير متمكن من توصيل القسطرة الى المثانة . وهذه غلطة شائعة جداً

فعلى الجراح ، قبل محاولته ادخال القسطرة الى المثانة ، أن يتحقق من شق المجرى ولا بد أن يرى الغشاء المخاطي ، وان يضع فتلة دقيقة في كلتا حافتي المجرى لكيلا يضل . فاذا ما رأى الغشاء المخاطي فعليه مداومة النظر اليه حين قطع الضيق . وربما كان ذلك أصعب مما يظن ، لكنه هو الطريق الوحيد

فاذا لم يستطع اقتفاء الغشاء المخاطي بعد الضيق الى التمدد القريب من المثانة فعليه أن يشق البصلة ، في الخط المتوسط تماماً ، وهو لا بد أن يصادف المجرى حيث تكون ممتدة أعلى الضيق

الختان

هل عجب أن تعرف أن الختان من أردأ ما يعمل من العمليات . إن إهمالنا عظيم ، في هذه العملية ، ومع ذلك فالطبيعة أرحم من أن تعاقبنا على إهمالنا إذ كثيراً ما تحسن نتيجة العملية الرديئة .

فمن الحوادث الحادثة قطعك جزءاً من الحشفة عند الصماخ البولى ، وأنت تقطع القلفة

وهذا مما يقتضى تعباً شديداً وعناية خاصة فى العلاج بعد العملية لاتقاء ما عسى أن يحدث من الضيق

وقد يقطع من القلفة أكثر مما يلزم ، فيتعرى القضيب ، وقد يقطع أقل مما يلزم ، فتتغطى الحشفة بالقلفة مما يقتضى الختان ثانياً

وذات مرة حاول جراح قليل الخبرة ، أن يقطع القلفة كلها فدفع القضيب متغمداً لدرجة أنه بعد أن انتهى من عمل المقرض وجد أنه أحدث جرحاً هلالياً فى العانة بينمابقى القضيب على حاله . والرأى فى مثل هذه الحالة خياطة الجرح الهلالى ، وعلاج الفيوموسس بعمل شق فى ظهر القلفة . ورجوع الفيوموسس ، بعد العملية يكون عن عملية غير كاملة لعدم شق القلفة حتى يصل الشق الى تاج الحشفة . ويفضل خياطة الجلد والغشاء المخاطى بكاتجت دقيق عند موضع الشق لضمان عدم رجوع الفيوموسس

وقد تكون القلفة ملتصقة بالحشفة فاذا ما نزعتم عنها فقد تزال طبقة من البشرة الحشفية . فاذا حدث ذلك كان من الضرورى دهن الحشفة بقليل من الفازلين المعقم مخافة التصاق الضمادة بالحشفة . وأحياناً لا يمكن اتقاء هذا النقشر الحشفى ، ووقئئذ يكون من الضرورى جداً وضع الفازلين المعقم مخافة أن يحدث شئ من النقرح ، أو أن يلتصق ما بقى من القلفة بالحشفة التصاقاً دائماً

وقد يطول زمن النقه عقب الختان عن قطع القيد مما يتولد عنه تقرح مزمن متعب . فمن حسن الصنعة اتقاء قطع القيد ، فى كل الأحوال ، فى الشباب ، وفى أغلب الأحوال فى الأطفال . وقد تخالف هذه القاعدة فيهم

وقد مات كثير من الأطفال عقب الختان بسبب النزف . فيجب تحذير الأمهات وتعليمهن ألا يتمهالن فى طلب الاسعاف إن رأين نزفاً من الجرح . وعلى الجراح ألا يتباطأ فى ربط الوعاء النازف مجتزئاً بغيره من الوسائل كتجديد التضميد بباسم فراير فعباً يحاول وقفه بغير الربط

وإنه وإن يكن من الصعب المحافظة على الطاهر العام إلا أن ذلك لا ينهض عذراً

للجراح في توائمه عن النظافة بأقصى ما يمكن سواء كان ذلك في أثناء العملية أم في العلاج بعدها . فكثيراً ما رأيتُ الحمرة وقد سعت الى الجرح وحوله ، والتقيح الحاد في الغدد اللعابية في الأربية ، والسّم الدموي العفن مما كان سبباً في طي صحيفة المرضى . وما كلهم يمرض لأن الختان في بلادنا ، مستحب شرعاً فيعمل للأطفال وهم أصحاء . وقد رأى بعضهم الختان في طفل ، وقد أعقبته قرحة سفلية في موضع الختان . وكان السبب أن الطفل كانت تعالجه قابلة مصابة بالسفلس

ولست أستطيع فض هذا الفصل ولما أذكر المشاهدة الغريبة الآتية :

ذهب شيخ الى جراح يستشيرهُ لقرحة في قضيبه . وكان مصاباً بفيموسس ، ولم يكشف عن حشفته . وقبل ذهابه الى الجراح ببضعة أشهر شعر بشيء من التآكل في طرف القضيب يصحبه افراز صديدي . فاستشار طبيباً أخبره بأنه مصاب بالسيلان فرد المريض بأن هذا في حد المستحيل ، ولم يزد الجراح هذا القول الا اصراراً على رأيه . وبعد بضعة أشهر ذهب المريض ثانياً الى طبيبه . وكان في القلفة وقتئذ ، ورم مسطح ، أغبر اللون ، صلب ، قطره أقل من القيراط بقليل ، على وشك التقرح في المركز . وكانت الغدد اللعابية في الأربية كبيرة صلبة . فبرز الطبيب رأسه قائلاً للمريض إن المرض سفلس . ولم يسمع مناقشة المريض في أن إصابته بهذا المرض في حد المستحيل تقريباً . أتدرى ماذا كان التشخيص ؟ إنه كان سرطاناً وقد دب في تاج الحشفة وبمناسبة الفيموسس والسرطان يحسن أن أذكر أنه قد ينشأ في آثرة الالتحام المتخلفة عن الختان القديم جداً

الخفّض

يقال خُفِّضَت الجارية على المجهول كختن الغلام خاص بهن بخلاف الختان فإنه شائع بين الفريقيين . والخفّض على ذلك ختان البنات . وفيه تقطع البظارة التي تكون بين أسكتي المرأة . وقيلما يدعى لذلك الجراح لأنه من عمل الخافضة^(١) . والمعتاد ألا يدعى الجراح إلا المأسوكة ؛ وهي التي أخطأت خافضتها فأصابت غير موضع الخفّض وإلا لمن حدث عندها نزف غزير

(١) الخافضة هي خاتنة النساء .

الفصل الثاني والعشرون

أعضاء التناسل فى الأنثى

استئصال المبيض أو الورم المبيضى

إن الاغلاط فى تشخيص الأورام المبيضية كثيرة . فقد يشبه الجراح بالأورام المبيضية الأورام الكلوية ، والأورام الطحالية ، والأكياس المساريقية ، وأورام الأمعاء وغير ذلك من مختلف الأورام ، وكثيراً ما شبه الاستسقاء البطنى بالكيس المبيضى ، والكيس المبيضى بالاستسقاء البطنى . وقد بزلت المثانة الممتلئة بالبول ، والرحم المثقل بالجنين . على زعم أنهما أكياس مبيضية . ومن الصعب جداً اتقاء بعض هذه الأغلاط مع العناية التامة والفحص الدقيق . ومن السهل جداً اتقاء البعض الآخر مما يكون الوقوع منه من الإهمال العظيم . وعلينا أن نقابل هذه الأغلاط والحوادث ، ونحن نرويها بشئ من الحمد والشكر ؛ لأنها تزيدنا اطلاعاً ، وتحذرننا من أشياء تجب علينا ملاحظتها ، وتهدينا فى عملنا سواء السبيل . وليس من الحكمة ولا من السماحة أن نطرح مقترفى هذه الأغلاط وإبلاً من الانتقاد المر ، وأن نندد بهم ونصرح بعيوبهم ضاحكين مستهزئين . فكل جراح صادق أمين منا نحن الجراحين لا بد أن يعترف ببعض الأغلاط التى لا تقل شأنًا عنها ، وكل واحد منا ، لو كان فى عمره بقية ، وفى عمله وسعة ، لا بد أن يضيف الى أغلاطه شيئاً جديداً .

يقول لى صديق من الجراحين إنه لا يذكر أبداً أنه وقع فى شئ من الأغلاط الشنيعة . ولست إخاله إلا صادقاً فى قوله ، ولست أحتاج الى شئ من العناء لتأويل اعتقاده فى نفسه . ذلك أن الانسان اذا لم يحاسب نفسه على عمله ، ويعود نفسه أن يتهم نفسه بنفسه فيما يعمل ، فهو لا يرى إلا صواباً . بل إن الانسان اذا حاسب نفسه واتهمها بما كسبت من الأغلاط فالطبيعة تسمح لنا بكل شفقة ، أن نسدل عليها حجاباً كثيفاً ، وننساها فلا نذكرها . وربما كان فى شفقة الطبيعة هذه شئ من السعادة للجراح ، لكن ليس فيها شئ من الوسائل التى تبعث على كمال الفن وتقدمه . وهل من أغلاط الجراحين (٢٤)

ينكر أن طريق الكمال صعب وعمر؟ فما لم ينقش الجراح أغلاطه في صحائفه بحروف بارزة لا تمحى ولا تنطمس ، ويستذكرها لنفسه ، ويذكرها لغيره من الجراحين ، بقى ثابتاً في مكانه لا يتقدم وشابه ذلك القائد الخبير الذى شبهه فردريك الأكبر بهردون معين فقال عنه إنه وإن يكن قد خدم فى حملات ووقائع كثيرة إلا أنه كالبرذون بقى كما هو .
تمحل الأعذار أمر سهل ، ولكل غلطة أعذار يمكن تمهّلها . ولقد كان ، هناك ، أكثر من عذر ، لذلك الجراح الذى استأصل كيساً مبيضاً كبيراً من مريضته ، وبعد بضع سنين طلبت منه المريضة نفسها أن يستأصل لها الورم الذى نشأ فى المبيض الباقى وقد قبل الجراح أن يعمل العملية . وفى أثناءها دفع الآلة البازلة فى الورم الكبير الذى كان ناتئاً من الحوض . ولما لم يخرج من الآلة البازلة شئ من السائل أعاد البزل فى موضع آخر ، بغير فائدة . فأعاد البزل فى موضع ثالث . وقد حدث كل ذلك منه ولما يعرف أنه إنما يبزل رحماً موقراً^(١) بجنين . وانتهت العملية باستئصال الرحم ولا أراى بحاجة أن أذكر تلك القاعدة المعروفة الواجب اتباعها ، وهى إخلاء المثانة من البول قبل كل عملية لفتح البطن ، أو أن أذكر أن الحمل يجب أن يعرف فى الوقت المناسب ، لا بعد فتح البطن . فإغفال هاتين القاعدتين إهمال عظيم يوقع الانسان فى أغلاط شائنة

إن عملية استئصال الورم المبيضى عملية ما أسهلها إن لم يكن فيها التصاقات بين الورم والاعضاء المجاورة . يفتح البطن ، ويستخرج الورم من الجرح ، ويربط العنق ، ثم يقطع ، ويعطى بالبريتون ، ثم يقفل البطن . وإنه وإن تكن العملية بهذه السهولة إلا أن فيها مواطن للزلل . فالمعتاد ، اذا كان الكيس المبيضى كبيراً أن يصغر حجمه ، لإخراجه من الجرح ، بالبزل بآلة بازلة كبيرة . والغرض من هذا البزل هو أن يستطيع الجراح استخراج الكيس من أصغر جرح ممكن فى الجدار البطنى . وهى خطوة غير مرغوب فيها ، والاعتراض عليها وجيه ؛ ذلك أنك لا تستطيع أن تضمن عدم تلوث البطن بشئ من محتوياته . وكثيراً ما انتشر السرطان فى البريتون ، أو الأورام الحليمية ، أو

الاورام الأدمية مما يتسرب من المحتويات في تجويف البريتون ، ودع جانباً خطر
الالتهاب البريتوني ان كانت المحتويات غير طاهرة . والرأى أن يعمل جرح كبير
فذلك خير من تعريض المريضة لهذه المضاعفات والطوارئ . على أن الكيس المبيض
قد يهمل حتى يبلغ من الكبر حجماً لا يكون للجراح حيلة في إخراجه إلا بعد بزله .
ومن المضاعفات البعيدة ، بعد عملية استئصال الورم المبيض ، الانسداد المعوى ،
الذى ينشأ عن التصاق عروة من المعى أو جزء من الثرب بعنق الورم . ولذلك ، يحسن
أن يتوقع هذا الخطر في كل حالة فيبقى بتغطية موضع القطع من العنق بالبريتون ؛ إلا
أن يكون العنق رقيقاً صغيراً فلا تدعو الحاجة الى تغطيته . أما اذا كان العنق غليظاً
فيحسن أن يشق البريتون حوله وينزع قليلاً بشكل الكم ، ثم يربط العنق بعد
اختراقه بالفتلة ، ويقطع . وبعد ذلك يخييط الكم البريتوني لستر السطح المتعري .
ومن المسائل المفيدة معرفتك أن الحمل قد يحدث عقب استئصال الورم المبيض في
الناحيتين . وتعليل ذلك ان المبيض ليس عضواً متميزاً محدوداً كما تصفه وتصوره
الكتب التشريحية ، وكثيراً ما تترك أجزاء من المبيض في العنق بعد استئصاله
وهذه الحقيقة حقيقة بالملاحظة لكي يعتمد عليها الجراح فيترك جزءاً من المنسوج
المبيض في أثناء استئصال الورم المبيض في الناحيتين ، ويقي المريضة شر التأثيرات
المكدره ؛ تأثيرات اليأس الصناعى قبل الأوان

ويعتقد رملى دوسون في كتابه تعليل النوع الذى يشرح فيه نظرية النوع الجديدة
المبنية على المشاهدات الاكلينيكية مع ذكر الطريقة المؤدية لمعرفة نوع الطفل في بطن
أمه وقبل ولادته وبيان طريقة الحصول على النوع المرغوب فيه من ذكر أو أنثى
والذى نقلته الى اللغة العربية - ان المبيض الأيمن هو الذى يكون بويضات الذكور ،
وان المبيض الأيسر هو الذى يكون بويضات الأنثى . مستنداً على المشاهدات الاكلينيكية
وخص الفصل الثالث والعشرين من كتابه بالأحوال التى اعتمد عليها بعض الذين
لا يؤمنون بنظريته للاعتراض عليها ؛ وهى الأحوال التى استؤصل فيها أحد المبيضين
أو ورم مبيض في أحد المبيضين ثم ولدت المرأة المستأصل منها المبيض ولداً من جنس

المبيض المستأصل، وفي بعض الأحوال ولدت المرأة توءمين مختلفي الجنس بعد استئصال أحد المبيضين. وهو يقول في هذا الفصل :

« ولا ريب في فشل نظريتي حالاً اذا لم أستطع أن أعلل هذه الأحوال النادرة والتعليل باختصار هو أنه من الصعب جداً، بل من المستحيل غالباً أن نتحقق من استئصال كل النسيج المبيض بعملية استئصال أحد المبيضين أو الورم المبيضى ، ثم استأنف بعد كلام لا محل لذكره هنا :

ويحسن أن نلفت النظر الى ما ذكره الدكتور دوبر^(١) الذى يوضح سبب وجود بقع من النسيج المبيضى غالباً في الرباط المبيضى ، ويقول ان البقع المبيضية قد توجد أيضاً في الرباط المبيضى الحوضى . وينسب وجود هذه البقع الى جذب المبيضين من نحو الألياف العضلية في الأربطة المبيضية

« وفضلاً عن وجود النسيج المبيضى في الأنسجة المذكورة فهناك دليل قوى يحدو بنا للاعتقاد بوجوده بين طبقتى الرباط العريض وغير متصل بالأربطة المبيضية أو المبيض » ثم استطرد بعد كلام طويل قائلاً :

« ولنتكلم الآن على المبيض الاضافى^(٢) . لم يعرف للآن وجود مبيض ثالث بحجم المبيض الاعتيادى وشكله ووظيفته وبيوق فالوبيوس ثالث
« ورغماً من ذلك فأحياناً يوجد المبيض الاضافى ولكن ليس بالتكرار الذى ذكره ييجل

« وهذه الغدد الاضافية هي كما يقول الدكتور بالانتين « أجزاء مضغوطة من الأعضاء الأصلية وانفصلت منها أثناء النمو ، وتحدث كما يقول بمعدل ٢ - ٣ فى المائة فى الصفات التشريحية. وفى أحوال نادرة يشاهد المبيض منقسماً قسمين متساويين يمثل هذا الضغط
« وطالما أنكر المستر بلاند ساتون وجود مبيض ثالث حقيقى ولكنه يعترف بوجود شرح غائر أحياناً يفصل قطعة من المبيض انفصلاً كلياً يظهر معه هذا المبيض كأنه مبيضان منفصلان ببرزخ ضيق

Dr. Dauber. (١)

Supernumerary Ovary (٢)

« ومن الجائز أن ينشأ ورم في أحد الجزئين فقط ثم يكون سبباً في استطالة الهرزخ بثقله وجذبه حتى يحسبه الجراح في أثناء العملية الرباط المبيض فيقطعه بالمقراض تاركاً الجزء الثاني من المبيض بينما هو يدعى أنه قد أزال الورم المبيض جُمَّةً (١) »
فمن ذلك يتضح لك أن حدوث الحمل ، أحياناً ، بعد عملية استئصال الورم المبيض في الناحيتين يمكن تعليمه كما يأتي :

(١) قد يترك جزء من المنسوج المبيض في العنق

(٢) قد توجد قطع اضافية من المنسوج المبيض : -

(أ) في الرباط المبيض

(ب) أو في أحد الرباطين العريضين بين وريقتيه

(ج) أو في الجزء المشرشر من البوق

(د) أو في الأربطة الحوضية المبيضية

(٣) قد يوجد مبيض اضافي ثالث

أكياس الرباط العريض

تستأصل هذه الأكياس بالنقف . والقاعدة التي يجب أن تتبع ، ههنا ، كما تتبع في كل حالة تقف ، هي السير بالأصبع بالقرب مباشرة من المنسوج الذي يستأصل . وبهذه الطريقة يمكن اتقاء تمزيق الأنسجة المجاورة ، والتزف الغزير ، واصابة الحالبين . ولندكر أن الحالب قد يلامس مباشرة جدار الكيس الذي يكون بين طبقتي الرباط العريض

سرطان المبيض

كثيراً ما يحدث السرطان في المبيض ثانوياً إذ يكون السرطان الأولي في عضو بطني آخر . والسبب في ذلك أن الخلايا السرطانية قد تنفصل من الموضع الأولي ، وتنحدر الى أدنى موضع في التجويف البريتوني ؛ وهو رذب ذو جلاس حيث تنغرس في المبيض .

ومن واجب الجراح أن يذكر ذلك ، وهو يفتح البطن لاستئصال المبيض السرطاني فقد يكون المرض الأولي كامناً في المعدة ، أو المرارة ، أو في المعى الغليظ ، أو في أى عضو بطني آخر . ولا يبعد أن يكون وقوفه على المرض في موضع آخر سبباً ثانياً لاعادة التدبر في اجراء استئصال الورم المبيضى . على أنه قد يحسن ازالة الورم المبيضى ، اذا كانت العملية سهلة ، ارادة التلطيف ، لأن هذه الأورام سريعة النمو ، فتصل الى حجم كبير . أما اذا كان استئصال الورم مما يستدعى عملاً طويلاً لارتباك الأعضاء والأنسجة المجاورة فالتنحي عن العملية أفضل

الالتهاب البوقي

إن الخطرين اللذين يهددان المريضة عقب استئصال بوق فالويوس المتهب هما اصابة المعى ، ونشر العدوى . ولا شك أن الصدمة خطر آخر اذا طالت العملية . أما مسألة انتشار العقونة في عامة التجويف البريتونى فأقل حدوثاً في الأحوال المزمنة منها في الأحوال الحادة ، فهو في الحادة خطر حقيقى . ولاتقاء الخطر يلزم عزل ميدان العملية عن سائر التجويف بالحشو بالدهن ، وتجنيف كل ما يتسرب من الصديد في التجويف الحوضى بأسرع ما يمكن ، مع المحافظة على جفافه في اثناء العملية كلها . وليس من الضرورى عمل التصفية في كل حالة ، والخبرة هى الوسيلة التى يسترشد بها الجراح في معرفة متى تكون التصفية ضرورية . والقاعدة الاتجاء اليها في أحوال الشك . وكذلك اذا وجدت التصاقات عظيمة في اثناء العملية ، لما يعقبها من الرشح الدموى . وتعمل بوضع أنبوبة من المطاط لمدة يومين على الأكثر . فاذا ما تركت الأنابيب زمناً أطول فانها تصير كالأجسام الغريبة تهيج الأنسجة وتجعلها مأوى صالحاً لما عسى أن يكون موجوداً من الميكروبات الشريرة

وقد يعذر الجراح ، اذا أصاب المستقيم ، وما هذا العذر بعذر للتراخي . فليحذر الجراح وليستعمل الوسائل الضرورية اذا نال المستقيم شئ من الأذى . والخطر كل الخطر هو تجاوز جرح المستقيم بغير معرفته كما في الحالة التى ذكرها المستر بلاند ساتون^(١)

ففيها أحدث الجراح مزقاً في المستقيم، وهو يستأصل استسقاء صديدي في بوق فالوبيوس ولم ينتبه إليه . وأمر أن يعمل لها حقنة شرجية بحلول ملح الطعام بمقدار ثلاثمائة جرام بعد العملية بساعتين . فدخل السائل من المستقيم خلال التمزق الى التجويف البريتوني بعواقب موبقة

وقد ترى النواصير العنيدة جداً عقب استئصال الملحقات العفنة . وتكون كسائر النواصير التي تعقب عمليات فتح البطن ، من وجود غرز منقيحة . وهذه الغرز أو الأربطة أكثر ما تكون غائرة في الحوض ، فلا تخرج بسهولة ، وعلى ذلك تظل النواصير بضع سنين منبع مضايقة . ويمكن انقاء هذه المضاعفة باستعمال أدق نوع من خيط الكاتجت ينفق وسلامة الخياطة أو الربط . وليداوم الجراح على استعمال الكاتجت في جميع الأحوال التي يستأصل فيها الأبواق الملوثة العفنة ؛ لأنه يتمتع بسرعة ولا يقوم سبباً للنواصير المستعصية .

ووجه الصواب في الجراحة أن يستأصل الرحم مع الأبواق الملوثة العفنة لأن الالتهاب الرحمي مرافق للالتهاب البوقي . هذا الى انه اذا ترك الرحم فقد ينثني ويميل الى الخلف بالتصاقات خلفية تحول دون راحة المريضة في المستقبل

الحمل خارج الرحم

إذا تمزق الحمل خارج الرحم في التجويف البريتوني حدث نزف غزير سريع يبعد أن تؤول أعراضه خطأ . لكن ذلك غير مطرد . فقد يكون النزف أقل غزارة من أن يجعل التشخيص واضحاً ، ووقتئذ لا يبعد الغلط . فقد تحسب الأعراض ، من ناحية ، أنها حالة حادة في البطن كاثقاب القرحة المعدية مثلاً ، فيعمل الشق في غير الموضع المناسب ، وتطول العملية بغير مبرر . وقد تحسب من الناحية الأخرى ، أنها حالة اجهاض ، وبمناسبة هذه الاغلاط ، يحسن أن أذكر أن الدم قد يتجمع بدرجة عظيمة في الحوض بغير أن يسهل ادراكه بالجلوس ولو وجد ورم بالقرب من الرحم فيه شيء من المضاضة . ولعل حرارة المريض خير وسيلة تساعدنا على معرفة الأحوال

إذا نظرنا إليها مع العلامات الأخرى جملة واحدة . والمعتاد أن التجمع الدموي الحديث في التجويف البريتوني لا بد أن يصحبه غالباً ارتفاع في الحرارة إلا إذا كان المريض في دور الهبوط والانحطاط، بينما أن الحرارة لا ترتفع في حالة أحوال الاجهاض الطاهرة . وكذلك يختلف الألم في حدوثه وسيره في الحالتين ، فهو في حالة يحدث فجائياً ويصير مستمراً ، ويحدث في الأخرى تدريجاً ، ويكون منقطعاً . هذا الى أن فتحة عنق الرحم لا تكون ممتدة رخوة في الحمل خارج الرحم على غير ما هي الحال في الاجهاض ولست بحاجة الى أن أذكر أن السرعة في العملية ضرورية في حالة تمزق كيس الحمل خارج الرحم ، وأن أول ما يجب على الجراح عمله ، بعد فتح البطن ، هو محاولته وقف النزف . وهذا مما يتم بوضع جفت طويل على الرباط البوق المبيض الذي يسير فيه الشريان المبيض . و بوضع جفت آخر على الجزء الرحمي من الرباط العريض لأن الفروع الانتهائية من الشريان الرحمي تسير فيه

ولا بد من الفحص عن حالة الملحقات الرحمية في الناحية الأخرى ؛ لأن البوق الآخر يجوز أن يكون مثقلاً بجنين أيضاً ، كما يجوز أن يكون فيه مرض آخر ، كالاستسقاء البوق مثلاً ، تهمننا معرفته ، ولو لم يكن الوقت مناسباً لهذه المعرفة لخطورة الحالة التي تكون فيها المريضة مما يمنعنا عن عمل ما يلزم للناحية الأخرى ، اذا كان فيها شيء مريض ، في الوقت نفسه

ولتعلم أن الحقن بالدم في الوريد من الوسائل التي لا يصح أن ينساها الجراح ، فقد يفيد الحقن في نجاة المريضة ، وقد فشلت الوسائل الأخرى في بعض أحوال النزف الحاد من الإجهاض البوق أو تمزق كيس الحمل خارج الرحم

الرحم

سبر الرحم بالمجس

إن لادخال المجس في الرحم لسبره للفحص عن حالته حوادث مؤلمة وفواجع ثقيلة ولعل ادخال المفونة بإدخال المجس من أخطر الحوادث . فقد ذهبت مريضة الى

طبييها مستشفية من أعراض معينة دفعته لسبر الرحم بالمجس؛ مما أعقبه التهاب بريتوني
كاد يفقدها حياتها

والمضاعفة الثانية هي انثقاب الرحم . فقد كان أحد الجراحين على وشك كحت
الرحم لعدم رجوعه الى حالته الأصلية عقب ولادة بسبب احتباس جزء من المشيمة
أو الغشاء . فابتدأ عمله بإدخال المجس ولشد ما دهش اذ وجد أن المجس قد دخل
مسافة طويلة بغير عائق . وبجس البطن امكنه أن يشعر بطرفه تحت الجدار البطني .
وأنه وإن لم يستعمل قوة في ادخال المجس إلا أنه قد ثقب الرحم . ولتعلم أن الجدر
الرحمية تكون رخوة ، وتبقى كذلك ، حيناً من الوقت ، عقب الاجهاض أو الولادة ،
ووقتئذ يسهل جداً ثقبها بالمجس ، أو بالمدد ، أو بملقعة الكحت

وهذا مما ينطبق أيضاً على الرحم ، وقد دب فيه السرطان ، ويكون الانثقاب
هنا أشد خطورة ، لأنه قد يساعد على انتشاره في عامة البريتون

ومما يصح تسجيله في حوادث التاريخ الطبي ادخال المجس في الرحم الحامل .
وحسبك ، أيها الجراح ، من هذه الحوادث ذكرها . والوجه في اتقاؤها اتقاؤها

ولا أراني بحاجة ، في هذا العصر ، الى أن أقول إن من الواجب ألا يدخل الجراح
المجس إلا بالمعينة . فهي خير طريقة لاجتناب التلوث والغفوة . وما دعانا الى التنبيه
الى هذه المسألة إلا تمسك البعض بالطرق القديمة التي لا تزال قائمة الى الآن .
واليك قصة :

أرسل طبيب مريضة الى المستشفى لأنها مصابة بأورام ليفية في الرحم . وقد قال
في رسالته إنه أدخل المجس الى باطن الرحم نحو أكثر من أربعة قراريط . والعجب
أن تعلم أن هذه المريضة قد استؤصل رحمها منذ مدة طويلة . ولا أدري كيف أدخل
الطبيب المجس ، وفي أي طريق ساقه

ومن الحوادث الغريبة ادخال المجس في كيس الحمل خارج الرحم مما أعقبه نزف
غزير فهبوط المريضة

التمديد أو التوسيع

كثيراً ما يتمزق عنق الرحم ، في أثناء التمديد . وليس خطر هذا التمزق منحصراً فيما قد يحدث عنه من النزف والعفونة . بل الخطر الجلل هو أن يصبح موضع التمزق مقراً للسرطان في المستقبل . ومن الضروري أن يحسب الإنسان ذلك خطراً قياساً على ما نعلمه من الظروف التي تسبق ظهور الورم الخبيث ؛ وسواءً أصبح ما حسبناه أم لم يصبح فليس من حسن الجراحة تمزيق العنق في أثناء التمديد . ولعل السبب محاولة الجراح الحصول بالممدد بقوة وبسرعة على أكثر مما ينتظر منه . فان أردت ، لسبب ما ، أن توسع مجرى العنق أكثر مما وصلت إليه بغير تمزق فلتعتمد الى قلم من اللامنارية ، وتضعه قبل عملية توسيع العنق بنحو اثنتي عشرة ساعة . وعليك اذا استعملت قلم اللامنارية أن تربط طرفه بشريط أو بفتلة متينة لأن طرفه الذي يكون في باطن الرحم يمتد أكثر من الجسم الذي في مجرى العنق مما يستدعى شيئاً من القوة لاستخراجه

أما مسألة توسيع عنق الرحم توسيعاً يكفي لإدخال الأصبع في باطن الرحم لتعرف حالته فتروكة لحكم الجراح ورأيه . ولتعلم أن استعمال ملعقة الكحت للكحت في الظلام مما يبعث على الخداع ، ولهذا يستحسن بعضهم ، أن يتحرى باطن الرحم بالأصبع . فقد ذكر مثلاً ، أن أحدهم قد وسع عنق الرحم ، ثم كحت باطنه ، علاجاً للقيء^(١) . ومع ذلك فقد وصل الحمل الى التمام . فلو أن هذا الجراح تحرى باطن الرحم بأصبعه ، في هذه المريضة ، لعرف أن الجنين لا يزال عالقاً .

وفي رواية أخرى ، كحت الجراح باطن الرحم كحتاً جيداً مدة خمس دقائق . وبعد ذلك فحس عن تجويف الرحم بأصبعه فوجد جنين أربعة أشهر كاملاً بمشيمته

ومن الحق أن نقول ان الأصبع والمعلقة قد لا تصلان الى قطعة من المنسوج المشيمي تكون في باطن الرحم ، لكن تجاوز هذه القطعة أكثر حدوثاً باستعمال المعلقة منه باستعمال المعلقة والأصبع . ولتعلم أن أكثر الأحوال التي تستدعى الاستعانة بالأصبع هي أحوال الإجهاض التي يسهل فيها عمل التوسيع اللازم لمرور الأصبع في مجرى العنق

(١) القيء كثرة القيء .

الكحت

ما أشد خطر هذه العملية ، وما أكثر عدد أحوال الانتقاب . لكن الطبيعة ، لحسن الحظ ، كثيراً ما تدرأ الخطر ، وتقلل العواقب الوخيمة . فإن لم تعطف علينا الطبيعة فقد تنتشر العقونة أو السرطان في عامة التجويف البريتوني . واليك بعض الحوادث المؤلمة : عملت عملية الكحت الرحمى لمريضة ، على زعم أنها في حالة اجهاض . وبعد ذلك قبلت بالمستشفى وخارج من عنق رحمها نحو اثنين وسبعين قيراطاً من الامعاء الدقيقة . وتعلم أن الانتقاب بالملقعة ، كالانتقاب بالمجس ، كلاهما أكثر حدوثاً في الاجهاض والحمل والورم الخبيث الرحمى لرخاوة الجدر في هذه الأحوال

وقد يحدث أن يكحت الرحم كحتماً كاملاً بقوة قد يتخلف عنه انقطاع الطمث انقطاعاً كاملاً دائماً ، فقد دعى أحد الجراحين لعلاج مريضة محصنة عمرها إحدى وثلاثون سنة . وكان تاريخها المرضى أنها أصيبت بنزف رحمى شديد دائم فأجريت لها عملية الكحت منذ ثلاث سنين . وبعد العملية انقطع الحيض تماماً . ولم يكن الرحم كبيراً وكانت تشكو من صداع شديد وتوعك مستمر

ولقد دعى جراح آخر لعمل عملية استئصال الرحم لاستسقاء دموى رحمى تخلف عن عملية الكحت . وبالفحص عن الرحم فحوصاً كاملاً ، عقب استئصاله ، اتضح رتق^(١) كامل فى الفوهة الباطنة لعنق الرحم

وتعرف مريضة اضطر طبيبها المعالج الى اجراء العملية القيصرية لها للولادة التام ، وقد تعذر خروج الطفل بالطريق الطبيعى لعدم تمدد العنق . وذكرت المريضة فى تاريخها الطبى أنها خضعت لعملية الكحت مراراً

ولاتقاء هذه الأغلاط ، لا بد من استعمال ملقعة كالة للكحت فى جميع الأحوال التى يمكن أن يكتفى فيها بها كما اذا أردنا استخراج حواصل الحمل . أما فى الأحوال التى تكون فيها الملقعة الحادة ضرورية فيجب استعمالها بكل رفق وعناية وحرص . وإياك أن تستعمل القوة فى الكحت . ولا تحسبن أن القوة معناها الاتقان . ولتحرص الحرص

(١) الرتق الكامل ترجمة . Complete Atresia.

كله فلا تحقق الغشاء المخاطى العنقى مما قد يكون غرض الجراح من العملية ، في أثناء العملية

واكثر ما تكون عملية الكحت لعلاج الغشاء المخاطى المبطن لجسم الرحم و يروى أحد الجراحين أنه رأى ، مرات كثيرة ، وهو يعمل عمليات فتح البطن لسيدات أجريت لهنّ عملية الكحت قريباً ، التصاقات أو لمفا متعضونة على سطح الرحم ، وهو يعتقد أن هذه الالتصاقات أو اللامفا دليل على ظاهرة التهابية متوسطة الشدة في الجدار الرحمى عقب كحته . وربما كان سبب هذا التهاب هياج العفونة الكامنة في بعض الأحوال ، ومسح باطن التجويف الرحمى بالأشياء الكاوية في البعض الآخر بقى على أن أذكر شيئاً آخر قد يكون سبباً للخطر والمتاعب عقب الكحت . ذلك أن المرضى اللاتى عندهن التهاب مزمن فى الأبواق الرحمية والمملحات قد ينزفن كثيراً ، فى أثناء الطمث . وربما استدرج هذا النزف أو غيره من الأعراض والعلامات الطيب للتوصية بعمل الكحت . فاذا أجريت عملية الكحت ، فى مثل هذه الأحوال ، فالخطر قريب ، لأن العملية كثيراً ما تشعل التهاب العفن الحاد فى المملحات والبريتون الحوضى . فحتم على الجراح أن يتحرى حالة المملحات قبل أن ينصح بعملية الكحت

استئصال الرحم

أول خطوة ، بعد فتح البطن ، فى عملية استئصال الرحم الكبير ، هى جذبك إياه من الجرح ، هذه الخطوة ضرورية جداً لأن إهمالك إياها يوقعك فيما وقع فيه أحد الجراحين وقد حاول أن يستأصل الرحم بسبب ما فيه من الأورام الليفية بغير أن يجذبه الى الخارج ، من الجرح ، فحدث نزف غزير من وعاء لم يتيسر له الوصول اليه فنزيت (١) منه المريضة فماتت ، ولما تنته العملية

وقد يجذب لإخراجه بجفت بمشبكين يوضع على جزئه العلوى . وليست هذه الطريقة من حسن الجراحة فى شئ لأنك قد تساعد الخلايا السرطانية والمواد العفنة على

(١) يقال نذى الرجل على المجهول نزوا اذا نذى شديداً

التسرب الى التجويف البريتونى . وخير من الجذب بالجفت استخراجك الرحم
بجذبك اياه باليد ، فان لم تستطع فضع الجفوت الطويلة على الرباطين العريضين ،
على جانبي الرحم ، وأجذب بهما أيضاً

ومعرفتك التشريح معرفة دقيقة ضرورية جداً فى عملية استئصال الرحم ضرورتها
فى سائر العمليات الجلية . فربطك الرباط العريض ، مع تضمينك فى الربط الرباط
المبروم يقطع سير الدم من الشريان المبيض ومن الشريان الصغير الذى يصحب
الرباط المبروم ، ويتفرع من الشريان الشراسيقي الغائر . ولا يبقى بعد ذلك الا شريانان
عظيمان هما الشريانان الرحميان . وبعبارة أخرى تكفى أربع ربطات ، اذا أحكمت
تماماً ، لاتحكم فى أغلب الغذاء الدموى الواصل الى الرحم . ومن الغلط الشائع ربط
الشريان الرحمى غالباً بجانب الرحم . فاذا عملت هذه الغلطة فالجراح يفتح الشريان
فى مستواً أسفل فيفيض الجرح بالدم ، ويرتبك الجراح فى امساكه بالجفت . فلتبحث عن
الشريانين الرحميين ، فى أول العملية ، ولتربطهما بالقرب من موضع قطعهما دفعة واحدة
وقد تؤذى المثانة البولية بطريقة أو بآخر يفتين :

(١) قد تخطط الشريحة البريتونية المقدمة فى مستواً سافلاً ، وقد يدهش الجراح
اذا عرف أنه قد قطع الجدار المثانى وهو يقطع هذه الشريحة . ولتعلم أن خط تلاقي
المثانة بالرحم مما يمكن رؤيته بالنظر الدقيق لا باللمح السريع
(٢) وأما الطريقة الثانية فاصابة المثانة بالإبرة أو ان خياطة الشريحة البريتونية
المقدمة بالشريحة الخلفية اذ يغوص الجراح بالإبرة فى الشريحة المقدمة
وفى عملية الاستئصال الرحمى الكامل يتعرض الحالبان لأنواع مختلفة من الخطر ،
وهى :

- (١) قد يمسك الحالب عارضياً فى الجفت
- (٢) وقد يقطع
- (٣) وقد يستأصل منه جزء
- (٤) وقد يتغنر الحالب من حرمانه من غذائه الدموى .

ولاتقاء كل هذه الأنواع من الخطر يحسن توضيح الحالين ، في مبدأ العملية ، ومداومة النظر إليهما والحرص عليهما . وسيفصل الكلام في ذلك تفصيلاً في آخر هذا الفصل إن شاء الله

العفونة والتلوث

إن من الصعب جداً اتقاء التلوث عقب عملية استئصال الرحم استئصالاً كاملاً لسرطان العنق . ويمكن تقليله ، كما يمكن تنحية العواقب الخطرة بتجهيز المريض تجهيزاً كاملاً ، واستعمال الدش المطهر ، وبحشو المهبل حشواً بعناية قبل قطعه . وأحياناً نضطر إلى الحشو بالدهن لمنع الرشح الدموي من الأجزاء الغائرة في الجرح الذي في الحوض ، ثم إلى ضم البريتون أعلى هذا الحشو ورفع الدهن ، في فرصة أخرى ، من المهبل . ويقوم على هذا العمل اعتراضات كثيرة ؛ منها أن الدهن يصير عفناً سريعاً ، وقد ينسى جزء منه ، ويترك عفناً منتناً يخرج بسببه افراز غزير لا ينقطع إلا إذا عرف السبب . ويحسن ، على كل حال ، عدم الحشو بالدهن بهذه الطريقة

النزف عقب العملية

قد يطرأ هذا النزف ، وقد يحدث قلقاً عظيماً ، كما حدث لبعض الجراحين في حالة استئصال رحمي غير كامل لأورام ليفية . وكانت العملية بسيطة سهلة ، إلا أنه أعقبها نزول دم أحمر من المهبل . ولم يكن الدم غزيراً ، أولاً ، ولذلك لم يفكر فيه الجراح كثيراً ولم يحسبه أنه من وعاء عظيم

وبعد بضعة أيام استدعى الجراح لأن النزف صار مزعجاً . فأعطيت المريضة المخدر ووجد الجراح أن الجزء الباقي من العنق كان ممتدداً تمداً عظيماً ، وفيه جلط دموية . وبعد تنظيف العنق من الجلط وضع الجراح الجفوت على طرف الشريانين الرحميين . ولكن سقط أحد الجفوت وفيه طرف الشريان الرحمي الأيسر . وكانت ربطته في محلها وضابطة النزف . وقد شوهد أن طبقات الشريان ، قبل الرباط بنحو قيراط ، تعلوها جلط دموية مما دل على أن الشريان قد جرح ، في هذا الموضع ، في أثناء العملية .

ورأى الجراح انه لا بد أن نال هذا الشريان بالابرة وهو يخطط الشريحة البريتونية المقدمة بالشريحة البريتونية الخلفية، وربما أخذ جزءاً من جدار الوعاء في الحياطة. ولحسن الحظ لم يتكرر النزف، وتماثلت المريضة من عمليتها

إصابة الخالب في العمليات التناسلية

يتعرض الخالب للخطر في عمليات مختلفة. فقد يؤذى الجزء السفلى من الخالب، في أثناء عملية سقوط الجدار المقدم من المهبل، أو والجراح يفصل المثانة من الغشاء المخاطي المهبل، وبقايا الصفاق الحوضي. أو والجراح يخطط الصفاق. لكن الأذى أكثر ما يكون في عملية استئصال الرحم للورم الخبيث؛ وقد يحدث أيضاً في العمليات الأخرى التي تكون داخل الحوض، ولا سيما ذلك إذا تغيرت العلاقات التشريحية، كما يحدث في الورم الليفي في العنق اذ يكون الخالب قريباً جداً من العنق الضخم لا منفصلاً عنه بنحو ثلاثة أرباع القيراط. واكياس الرباط العريض قد تقترب من الخالب فتجعله في منطقة الخطر.

ومن المهم، لتقليل خطر إصابة الخالب، ان تعرف تماماً موضعه بين الأنسجة، وأن تعين هذا الموضع وتكشف عن الخالب، في الدور الأول من العملية اذا كانت مما يحتل جداً أن يصاب الخالب فيها كعملية فرثيم^(١) لاستئصال الرحم للسرطان.

ولعل أكثر المواضع التي يصاب فيها الخالب هو حيث تعبره الأوعية الرحمية، وقد يذبحه الجراح في الربطة التي يضعها على نياط المبيض^(٢) لضبط الشريان المبيضي في موضع أعلى الأوعية الحرقفية الظاهرة؛ ففي هذا الموضع يقترب الخالب من الشريان المبيضي وإذا لاحظ الجراح أنه قطع الخالب، في أثناء عمله، فليسلط طريقاً من ثلاث:

(١) الوصل بادخال الطرف العلوى في السفلى، وتثبيتته بغيرز

(٢) أو غرس الطرف العلوى في المثانة؛ وذلك حينما تستأصل قطعة من الخالب

(١) Wertheim.

(٢) نياط المبيض ترجمة. Suspensory ligament of the ovary.

(٣) أو ربط طرفي الحالب ، وذلك ان لم تسمح حالة المريضة بتطويل العملية ؛ لأن هذا الربط لا يستغرق زمناً ، ويلزم أن تكون الكلية في الناحية الأخرى سليمة وكذلك حالب الناحية الأخرى

العملية القيصرية

ما أكثر التعصب والتحامل في مسائل علاج الولادة . ألم تركيف قاوم القوم قديماً ؛ استعمال التخدير لتأطيف أوجاع الولادة مقاومة أغار^(١) القوم فيها الى القس العزب . وهل ، أتاك ، حديثاً ، خبر تردد رجال الطب ونفورهم من أن يسمحوا للسيدات من الانتفاع بالعملية القيصرية . ولعل السبب في هذا التردد نوع من اللبس والاختلاط فالعملية القيصرية على نوعين :

فالنوع الأول ما يعمل به الجراح نظيفاً مع تعمد وسبق اصرار والنوع الثاني ما يعمل به الجراح عفواً أو اتفاقاً مع سبق الفحص عن المهبل مراراً ، وسبق محاولته اخراج الجنين بالطريق المهبل ، مما يكون قد أضعف الولادة والفرق عظيم بين النوعين ؛ ففي النوع الأول تكون الأم سليمة ، وكذلك الجنين . وفي النوع الثاني يكون الجنين مائتاً . والأم ميتة ، أو على الأقل مصابة بشيء من التمزق في أعضاء التناسل

ولست أشك في أن عدد المترددات على عيادات أمراض النساء يقل كثيراً إذا ما وجه القوم عنايتهم لاستثمار العملية القيصرية في أحوال عسر الولادة . فعلياً أن نتجنب إصابة الجدار السفلى الحوضي ، وأن نتنحي عن اتلاف رأس الطفل اتلافاً قد يحدث الوفاة أو العتة أو التشوه ، وعلينا أيضاً أن نتحاشى استعمال الآلة الفظيعة - جفت الولادة - لكن من العبث أن يحاول الانسان اخراج القوم من عاداتهم ، بل من العبث الخروج من عاداتهم

(١) يقال أغار فلان الى بني فلان اذا جاءهم لينصروه

(٢) الميت بالتشديد الذي لم يمت بعد بل سيموت

لكن ليس ما يمنعنا من أن ننصح كل حامل ، بل أن نلح عليها لقياس حوضها -
الفتحة العليا والفتحة السفلى - قبل أن يجيئها المخاض . فتستسلم للولادة الطبيعية وعسرها
وأن ننصح لها بطلب معرفة النسبة بين فتحة الحوض السفلى ورأس الجنين . ولا تقبل
الاعذار في التراخي عن هذه الوسائل الوقائية

وربما كان معظم التكتبات التي تعرض عقب استخراج الجنين بالعملية القيصرية
ناشئة عن محاولة سابقة لاجراج الجنين خلال الطريق الطبيعي . والخطر كل الخطر ،
في هذه الحالة ، من العفونة ، ولا يؤمن جانبها إلا بعمل العملية ولما يمزق الكيس الأمنيوسي
والمعتاد ألا يحدث نزف غزير اذا عملت العملية بمهارة متوسطة ، إلا أن يكون
الشق الرحمي في غير الموضع المناسب . والقطر المستعرض للرحم ينحرف عن المستوى
الاكيلي للمريضة ولذلك يلزم أن يعرف ، أولاً ، في أى ناحية من المريضة ظهر
الجنين ، ثم نعمل الشق خلال غمد العضلة المستقيمة المائلة . وبعد فتح البطن يلزم أن
نتحقق من وضع الرحم بدقة لكي نعمل الشق الرحمي في متوسط السطح المقدم للرحم
فالجراح السريع يكون شديد الخطر في هذا الدور . فقد يشق الرحم في أى جزء منه
يعرض خلال الجرح ، فلا يبعد أن يكون الشق قريباً من الشرايين الرحمية ،
وقد يقطعها

وتمزق الرحم في أثناء الحمل المستقبل أو الوضع المستقبل من العواقب الخطرة للعملية
القيصرية . ويمكن اتقاء هذا الخطر بعمل الشق في الرحم في جزئه السفلى - مع عدم
التعرض للثلث العلوى من الرحم - وبخياطة الشق الرحمي بعناية . وههنا تكون السرعة
في العمل من دواعي الفشل ، وكما سمعت جراحاً يفتخر بعمله العملية القيصرية في خمس
دقائق تحققت ان احصاء عملياته لا بد أن يتضمن نسبة مئوية عظيمة من تمزق الرحم
في المستقبل والفتق البطني . فهل هذا الجراح في حاجة الى توفير بضع دقائق في هذه
العملية . أليس توفيره هذا الوقت مما يضر المريضة ضرراً بالغاً

ومما يزيد احتمال حدوث التمزق في الرحم في المستقبل هو التلوث العفن ، وهذه
المضاعفة لا يحتمل حدوثها عقب العملية القيصرية المنتظرة

و ذات مرة ، وأنا أعلم العملية القيصرية للحامل لم يأتها المخاض وان كانت قد استكملت زمن الحمل تذكرت شيئاً أخذته عن المجلة الطبية البريطانية وهو حشو الرحم بفوطة يخرج طرفها من المهبل . وعلى ذلك وضعت فوطة في الرحم ، بهذه الطريقة ، بعد نلها بمحلول ثلثي يودور الزئبق ، واقفلت الرحم ثم الجرح البطنى . ولما أردت استخراج الفوطة من المهبل لم أجدها . ذلك لأن الفوطة بقيت في الجزء السفلى من الرحم لعدم بدء الوضع ، واضطرت لوضع الحامل في وضع شق العجان لتمديد عنق الرحم واستخراجها . وإنه وان ينشأ عن ذلك ضرر إلا أن هذه الغلطة الصغيرة تعلمنا كيف يجب أن نستقبل الجديد من الطب بكثير من التحفظ

أغلاط الحمل

عرفت جرّاحاً استشارته سيدة ، وأخبرته أنها تزوّجت منذ سنة ونصف ولم يبدُ عليها أو عندها شيء من أعراض الحمل . وبينت له أن مسألة الحمل مسألة جليلة الخطر ، وأنها تتوقع ولداً بفارغ الصبر . وكانت تغيب قليلاً ، مرات كثيرة ، عن زوجها . وأخيراً وافقت على الذهاب الى إحدى دور الصحة خاضعة للفحص الكامل عن الرحم بعد تمديد عنقه . وقد كان كل ذلك ، ولم يتضح شيء غير طبعى . فمدد العنق ، وكحت الرحم ، واستخرجت المعلقة جنيناً صغيراً

و ذات مرة ، عالج طبيب سيدة لاجهاض غير كامل . وكان زوجها غائباً وقت العلاج . فلما عاد من سفره ذهب الى دار الصحة حيث كانت تعالج زوجها ليشكر للممرضات حسن معاملتهن لزوجته وليتعرف حالها . فأخبر أنها كانت مصابة باجهاض وان أراد ايضاحاً كافياً فعليه بالجراح . فذهب اليه وشكر له علاجه وعنايته بزوجته ، في أثناء الاجهاض ، وبعد قليل وجد الجراح التعس أنه في حالة حرجة إذ وصلتته دعوة يطلبه لتأدية الشهادة في دعوى الطلاق . لأن الزوج ، في أثناء مرض زوجته ، كان منفصلاً عنها وقد مضى عليه أكثر من سنة

ان هذه الحكاية تبين ما يجب على الجراح من الاحتياط والحذر وهو يتولى علاج السيدات ، ولا سيما ذلك اذا كن غريبات عنه ، في مثل هذه الحالة

واليك حكاية أخرى :

وجد لقيط مقنول في إحدى قرى مركز قليوب ، وفي أثناء التحرى عن والدته وصل المركز بلاغ من مجهول أن السيدة الغلانية وضعت قريباً ، وليس عندها طفل . فطلب المركز من مقتش صحة المركز الفحص عنها للتحقق من صدق البلاغ . وقد كان ، وفحص عنها الطبيب ، وقرر أنها في حالة نفاس ، وأشار بأرسالها الى مستشفى قايوب . وقد حضرت . هل أخبرك ماذا وجدت بالفحص عنها ؟ إنها كانت في الشهر التاسع من الحمل ، وفي الوضع تقريباً

وكثيراً ما تغاضى الطبيب عن الحمل ؛ وهي غلطة شائعة جداً . ولقد ذكرت لك بعض الأمثلة ، واليك غيرها : —

رأى أحد الجراحين ، ذات يوم ، جراحاً آخر وهو يستأصل رحم سيدة عاقر محصنة عمرها أربعون سنة . ففتح البطن ، واستأصل الرحم الكبير . وبعد اتمام العملية ، ووضع الضمادة عمد الجراح الى الفحص عن الرحم المستأصل . فقال ، وهو لا يزال يفحص عنه ، صائحاً فرحاً : « انه سرطان في جسم الرحم كما ظننت » وبالتمادى في الفحص ، قطع ما حسبه سرطاناً فرأى جنيناً . وكان ما حسبه سرطاناً المشيمة . ولا تسلم عما تولاه من الدهول والدهشة وحسبك أن تعرف أنه أجرى العملية بين لفيف من الجراحين حضروا لمشاهدتها

ويمكن أن يتمادى الانسان فيذكر امثلة كثيرة لمثل هذه الغلطة . وقد يكون بعضها مؤلماً . وفيما ذكرت الكفاية . وهذه الأغلاط تنشأ عن أسباب كثيرة منها !

(١) قد تذكر المريضة تأريخاً خطأ يستحيل معه الوصول الى الصواب

(٢) وأهم من ذلك الفحص عن المريض فحوصاً غير كامل والتسرع في إعانات

المريضة للعملية

فعلى الجراح أن يهتم بالفحص عن الثديين ، وعن افرازهما ، وعن رخاوة العنق ، وعن النفخ الرحمى الذى يسمع بالسماع ، وكذلك يجب تعرف أجزاء الجنين وحركاته ، وتعاقب الصلابة والرخاوة في الورم الناشئة عن الانقباضات الرحمية . فإن كنت في ريب من أمر التشخيص فلتعتمد على الوقت فإنه كفيلاً بإظهار الحقيقة

افضل الثالث والعشرون

المستقيم الإصابات

زعموا أن المستقيم قد ثقبته أصبع الجراح في أثناء الفحص عنه ، وهو مما لا يطمئن الإنسان إليه إذا كان المستقيم سليماً . أما الانتقاب من منظار الاثناء السيني فأقرب ، وكذلك الانتقاب من مبسم المحقنة الشرجية .

ولتعلم أن هذا المبسم هو سلاح خطر في يد الممرضة الخرقاء مما يستدعى حذفه من جدول الأدوات الطبية ، وضمه الى جدول الأشياء الأثرية . وخير ما يستعمل ، بدلاً منه أنبوبة مرنة . لأن المستقيم ليس شديد الإحساس فتشعر جدرانها بالألم إذا ضغطت ضغطاً عظيماً

وإليك قصة عن إصابة عظيمة في المستقيم فأتت على الجراح بغير أن يدركها : كان المريض صانعاً فسقط الى الأرض من ارتفاع يبلغ بضعة أقدام . وكانت وراءه عجلة ثقالة اصطدمت يدها برجليه في أثناء سقوطه . وذهب الى أقرب مستشفى . ففحص عنه الجراح النائب ولم يشبهه في إصابة شديدة في المستقيم . فحجزه قليلاً تحت الملاحظة ثم صرفه . فأغنى عليه وهو في الطريق ، وشعر بألم في البطن ، مما جعل أصدقاءه يحملونه إلى مستشفى آخر حيث لم يشبهه الجراح المقيم فيه في إصابة عظيمة في المستقيم وأوصى بفصل المصاب من المستشفى .

وفي اليوم التالي قبل المصاب في مستشفى ثالث وهو على وشك الموت من حالة حادة في البطن ولم يوضح الفحص المستقيمي أى علامة على الرض الخارجى أو أثر الدم ، ولم يستدل على شئ بإدخال الأصبع في المستقيم . وحقيقة الإصابة تمزق عظيم في المستقيم نافذ في التجويف البريتوني . وكان المأمور القائم بالفحص عن أسباب الوفاة^(١) نكداً مشاجراً فلم يرحم الجراح النائب الذى أخرج المصاب من أول مستشفى

سقوط المستقيم

لقد مرَّ بك ، في فصل آخر ، أن سقوط الغشاء المخاطي للمستقيم في طفل أحدث أضراراً حسبت خطأ تفعلاً معوياً . والسقوط المزدوج في الناحيتين يمكن حسبه خطأ سقوطاً في المستقيم ، وإن يكن ، من السهل التمييز بينهما ؛ لأن سقوط الغشاء المخاطي للمستقيم لا يحدث ورمًا اسطوانيًا . فكلما النصفين يسقط منعزلاً ، ممسوكاً من الطرفين المقدم والخلفي فيكون بينهما شق متوسط ؛ بينما أن سقوط المستقيم يكون بروزاً اسطوانياً يكتنفه ميزاب

ولعل النكبات التي صادفت الجراح في علاج سقوط المستقيم والتي لم تسجل في التاريخ الطبي كثيرة . وهي تنشأ عن الخطأ في التشخيص أو عدم الاهتمام بأن الغطاء البريتوني يصحب الجزء الساقط من المعى . ويحكي بعض الجراحين أنه رأى بعضهم وهو يشرح في ربط ما حسبه بوليبيوس في المستقيم . وما منعه من اتمام عمله إلا زيادة الورم زيادة فجائية عظيمة في أثناء العملية . فروع مما رأى ودعى زميلاً له لمساعدته . فأطلعه المساعد على حقيقة الأمر

البواسير

علينا ، قبل أن ننصح للمريض بالرضوخ لعملية استئصال البواسير ، أن نسأل أنفسنا : لم يصاب المريض بالبواسير ؟ لأننا إذا لم نتدبر في جواب هذا السؤال فقد نصبح الحامل للتضعضع لعملية البواسير . وقد تقع في أغلاط أخرى ، كأن نصصح لمريض بالكباد المزمن أن يعالج بواسيره بالمشرب ؛ مع الخطر المزدوج من الكلوروفورم ومن الكباد نفسه

وقد أجريت عملية البواسير لمريض ، ذات مرة ، فأصابه بعد بضعة أيام ، إسهال مستمر ، مما استدعى الفحص عن المستقيم بالأصبع فوجد أن به سرطاناً عظيماً منقرحاً . وقد مات المريض بعد قليل

عمليات البواسير

إن المعتاد تمديد العضلة العاصرة في أول العملية . وسواءً أكان هذا التمديد ضرورياً أم لا مسألة فيها نظر . لكن المهم أن يعمل التمديد بكل رفق وتبصر ، لأنه إذا عمل بقوة فقد يبطل عملها . وإياك أن تنوهم أن هذا الخطر وهمي . ويقول هارولد باروز ان سيدة قد استشارته لإصابتها بشلل في هذه العضلة عقب عملية البواسير . وكانت الاستشارة بعد سبع سنين . وقد أعيدت العملية بعد سنة رجاء أن يعود الى العضلة عملها . ولم ينفعها العلاج المتواصل بالكهربائية والرياضة زمناً طويلاً . وبقيت السيدة المسكينة على حالها من الشقاء ، رغم كل ذلك ،

ولتعلم أن النزف يكون كاهناً في المستقيم ، إن لم توضع أنبوبة ، ذلك لأن العضلة العاصرة تحجز الدم ، وتمنعه من الإعلان عن نفسه في الضمادة . وقد يستمر النزف حتى يشحب لون العليل . وقد لا يدرك . ولا تقاء هذا الخطر لا بد من معاينة ميدان العملية والتحقق من وقف النزف ، قبل أن يرسل المريض الى سريره . ومن وسائل الاحتياط الإضافية وضع أنبوبة في المستقيم وتركها مدة أربع وعشرين ساعة أو ثمان وأربعين . فهي تقف الدم بضغطها على جدر المستقيم ، وإن لم تقفه تصفى خلالها وظهر على الضمادة وربما ساعدت على اخراج الأرياح . وليعمل الجراح لكيلا تختفي الأنبوبة في المستقيم بتثبيتها بدبوس الأمن

ويحكى ، ذات مرة ، أنه حدث نزف وريدى خفيف عقب عملية بواسير ، واستمر ثلاثة أيام ، فأتعب المريض . فاضطر الجراح الى الفحص عن المستقيم بالأصبع ، فوجد كتلة برازية جامدة كبيرة فأزالها فانقطع النزف . ألا توضح هذه الحكاية ضرورة ما كان يجب ذكره ، أولاً ، من العناية بتجهيز المريض جيداً قبل اجراء عمليات المستقيم

ضيق المستقيم

إن هذه المضاعفة كثيراً ما تطرأ عقب عملية البواسير التي تستأصل فيها مساحة عظيمة من الغشاء المخاطي كيفما كان نوع العملية . ومتى ظهر الضيق فليس من السهل

علاجه . وفى بقائه للمريض عذاب . فلا بد من اتقاء هذه المضاعفة : مما يتم بوسيلتين فالوسيلة الأولى هى المحافظة على الغشاء المخاطى بقدر الامكان . والوسيلة الثانية هى الفحص عن المستقيم بالأصبع بعد العملية بأسبوعين . وما هذا الزمن بأقصر من أن يوضح الضيق الناشئ . وأما قبل ذلك فالفحص عن المستقيم بالأصبع مؤلم

الناصر الشرجى

من المعتاد أن يمدد الجراح العضلة العاصرة ، فى هذه العملية ، تمديده إياها فى عملية البواسير . ولا أرى هذه الخطوة ، ههنا ، ضرورية . فإن أبى الجراح إلا التمديد فليكن برفق ولطف خوفاً من ظهور الشلل الدائم . وقد رأى أحد الجراحين سيدة مصابة بهذا الشلل عقب عملية ناصور شرجي . وقد اعتادت هذه السيدة تناول المورفين لاجداث الإمساك رجاء منع التبرز فى وقت غير مناسب . ولست على يقين تام أكان هذا الشلل نتيجة تمديد العضلة أم عن طريقة استئصال الناصور ولا بد ، فى أثناء فتح الناصور ، من العناية التامة ليكون شق العضلة العاصرة الظاهرة عمودياً على اتجاه أليافها ؛ لأنك إذا جعلت الشق منحرفاً فقد تبقى العضلة ضعيفة ضعفاً دائماً

ولا يقلل من شأن هذه النصيحة ندرة هذه المضاعفة عقب عمليات النواصير ؛ ذلك لأن أغلب النواصير لا تكون بين العاصرتين ، بل كثيراً ما يكون الطريق بين الغشاء المخاطى والعضلة العاصرة الظاهرة . على أن الطريق قد يكون بين العاصرتين ، ووقئذ يلزم الاحتياط

ومن المسائل الجديرة بالاهتمام ، فى هذه العمليات ، اتقاء قطع العضلة العاصرة الباطنة ، اذا امتد طريق الناصور الى الأعلى فى الأنسجة التى تكتنف الباطنة وتكون فى الجهة الوحشية منها . لأن قطع العضلتين الظاهرة والباطنة مما يضعف قوة استمساك المواد البرازية ويزيد احتمال حدوث هذه المضاعفة

ووجود فتحتين ظاهرتين لا يدل على وجود ناصورين منفصلين . وإياك أن تشق

العضلة العاصرة في موضعين ، زاعماً أن الفتحين تقتضيان ناصورين ، لما يعتب ذلك من الحوادث الخطيرة . والمعتمد أن يوجد في هذه الأحوال طريق ناصورى واحد بين العضلتين العاصرتين . والذي يجب عمله هو شق هذا الطريق الناصورى ، ثم البحث عن سائر الطرق المتفرعة منه وفتحها بغير أن تقطع العضلة أكثر من مرة .

ومن دواعى الفشل فى عمليات الناصور الشرجى هو عدم ادخال المسبر فى طريق الناصور مباشرة ، فلا يستطيع الجراح فتح الطريق كله . ونتمنى هذه الغلطة بادخال المسبر بكل رفق . ولتعلم أنك اذا استعملت القوة فى ادخال المسبر وكان الطريق غير مستقيم فقد تحدث طريقاً كاذباً

وكثيراً ما تكون النواصير درنية ؛ مما يستدعى ارسال المريض لطبيب الأمراض الباطنية للتحقق من سلامة الرثتين ، ولمداواة الصحة العمومية

سرطان المستقيم

ليس سرطان المستقيم سرطاناً خبيثاً جداً دائماً . ولا شك أن العمليات تكون أقرب الى النجاح اذا توصل الجراح الى تشخيص المرض فى دوره الأول . ومن المحزن أن الجراح لا يستشار إلا بعد فوات الوقت المناسب . وحبذا لو تنبه الى ذلك الجراحون فبادروا الى اتهام المستقيم بالسرطان اذا بدا على المريض اسهال ، أو زادت مرات التبرز فى اليوم زيادة خفيفة ، أو ظهر عند المريض امساك ، أو خرجت منه مواد مخاطية ، أو مواد مخاطية دموية ، أو شعر بعدم الارتياح فى المستقيم . فكل أولئك من العلامات الأولية . أما البواسير المتزايدة حجماً وتأثيراً ، والكاشكسيا ، و «عرق النساء» والانسداد المعوى فمن العلامات الأخيرة

وتنقسم العمليات لسرطان المستقيم الى ثلاثة أقسام :

ففى القسم الأول يمكن استئصال الجزء المعوى المصاب بغير اصابة العضلتين العاصرتين ثم يمكن وصل الطرفين بعد الاستئصال . وأمل النجاح فى هذا القسم عظيم لكنه لسوء الحظ أندر الأقسام

وفى القسم الثانى يعمل مع الاستئصال الشق القولونى
وفى القسم الثالث لا يمكن استئصال السرطان ؛ وقد يعمل الشق القولونى
ولا يتسع المقام لذكر دقائق هذه العمليات ولا لذكر الدلالات التى نسترشد بها
لتخير طريقة العمل . وحسبك ، أيها الجراح ، أن أذكر لك بعض الملاحظات العمومية
فى جوهر الموضوع

إذا عملت العملية عبر العصص ، وأمكن توصيل الطرفين بعد الاستئصال فمن
الضرورى تصفية الجرح . لأن التقيح كثيراً ما يحدث عقب هذه العمليات وقد تمتد
العدوى فى المنسوج الضام المسترخي إذا لم يعمل على تصفية الجرح . وقد يتولد ناصور
برازى يلتئم من نفسه فى المستقبل

وقد لا يستطيع الجراح ، بعد استئصال الجزء المعوى المصاب مع الأنسجة المجاورة
المصابة ، أن يصل الطرفين . وربما مال ، وقتئذ ، لعمل شرج عجزى . وهذا ما يجب
التنحي عنه ، لأن الشق القولونى أفضل للمريض كثيراً ، وعملك إياه أوان عملية
الاستئصال يوفر على المريض متاعب عملية أخرى

وبقيت كلمة بشأن عملية الشق القولونى إذا أريد بها تخفيف الحالة لتقدم المرض وتعذر
استئصاله ، ومتى يكون ذلك . ان الوسيلة التى يسترشد بها الجراح لمعرفة أيعمل الشق
القولونى أم يستأصل الورم هى راحة المريض . وما الشق القولونى إلا أخف الضررين ؛
فلا ينصح الجراح بعمله الا اذا شقت على المريض حالته

الخارج الوركى المستقيمى

إن المعتاد أن يفتح هذا الخارج فتحاً واسعاً ، يغسل التجويف ، ثم يحشى بالدسام
المطهر . وإذا بكر الجراح فى فتحه يتم الشفاء بغير أن يرتبك المستقيم . أما اذا وصل
الخارج الى الغشاء المخاطى أو اذا اثقب فالجرح لا يلتئم الا اذا قطعت العضلة العاصرة
وخير شق ما كان على شكل T أو على شكل الصليب ، فى الأدوار الأولى ، ويكون
الشق النازل من شكل T موازياً للثنية الأليتين وممتداً فى طول الأنسجة الملتهبة
أغلاط الجراحين (٢٧)

وقد ذكر الدكتور لو كهارت ممرى طريقة جديدة في علاج هذا الخراج ونشرت في المجلة الإكلينيكية بتاريخ ٥ ديسمبر سنة ١٩٢٣ قال فيها ما يأتي :

« كان المعتاد ، في أيام تلمذتى ، علاج الأخرجة بكحتها وحشو تجويفها بالدسمام . ولا أدري من ابتدع هذه الطريقة الوحشية ؛ كما لا أدري ماذا عسى أن يكون الغرض منها . فقد كان يصحبها ألم شديد ، في أثناء التضميد ، وكان يطول بها زمن العلاج كثيراً . هذا الى انى أرى أن من العبث أن يفتح الخراج ، ثم يسد ثانياً . ولا شك أن اتباع هذه الطريقة ، في علاج الخراج الوركى المستقيم كان مما ينشأ عنه الناصور الشرجى القياسى

« ولقد حاولت الوصول الى طريقة لعلاج الخراج المستقيم الوركى بغير أن ينتهى العلاج الى ناصور شرجى . لأن الناصور كثيراً ما تخلف في العمليات التى أجريتها بالطرق القديمة . ولقد وجدت أنى اذا وضعت أنبوبة تصفية كبيرة وثبتها بالخياطة في الجرح ، وجعلت طرف الأنبوبة يصل الى تجويف الخراج فقد يحدث الالتحام بغير ناصور . وقد كان من الصعب المحافظة على الأنبوبة في موضعها . ولقد تركت هذه الطريقة وآثرت الطريقة الآتية :

« يفتح الخراج بالمشرط بشق صليبى ، بالطريقة الاعتيادية ، ويسمح للصيد بالخروج . ثم يستأصل بعد ذلك الجلد الذى يكون الجدار الخارجى استئصالاً كاملاً وبذلك تعمل فتحة واسعة يكون قطرها نحو القيراط أو أكثر ، ويترك باطن الخراج وشأنه . وتوضع ضمادة رطبة مضادة للعفونة على السطح المتعرى وتغطى بشيء واقٍ يحفظ الرطوبة ويمنع التصاق الضمادة بجافات الجرح مما يمنع تصفية الافراز . ولتكن الضمادة كبيرة لكي تكفى لامتصاص الافراز مدة اثنتى عشرة ساعة تقريباً . وليرض العليل وهو مستلق على ظهره بقدر الامكان لكي يتجه الضغط نحو الفتحة والمعتاد أن يجد الانسان ، في أثناء التضميد ، ان تجويف الخراج قد زال تماماً ، وأنه قد تحول الى قرحة روحاء^(١) تلتحم في عشرة أيام أو أسبوعين ولا يتخلف عن الخراج الذي يعالج

(١) روحاء أى قرية القاع

بهذه الطريقة ناصور ، دفعة في كل عشرين حالة . ولقد عاجلت أخرجة وركية مستقيمة كبيرة جداً يحتوى تجويف الخراج منها على نحو نصف لتر وكانت تلتحم بغير أن يتخلف عنها ناصور

ومزايا هذه الطريقة هي :

(١) ان العملية بسيطة جداً

(٢) أنها غير مؤلمة متى فتح الخراج

(٣) ان الالتحام سريع جداً لا يتخلف عنه ناصور

وقد يزعم الانسان أن هذه الطريقة يتخلف عنها التهام ردى جداً ؛ وهو زعم غير صحيح ؛ لأن الالتحام يكون مسطحاً جداً وصغيراً بدرجة مدهشة ومن الضروري أن تكون الفتحة كبيرة جداً ، ولتعلم أنى ما ترددت في استئصال نحو القيراطين المربعين من الجلد في بعض الأحوال «

ويقول لو كهارت ممرى بعد ذلك :

« وقد استعملت هذه الطريقة لعلاج الأخرجة في مواضع أخرى من الجسم بنتائج مرضية . ولم أعد أستعمل أنابيب التصفية إلا حيث لا يسمح التشريح باستئصال جزء كبير من الجدار الخارجي للخراج

ويصح أن أقول إنى عاجلت خراجاً فى الثدى بهذه الطريقة . وكان الخراج عظيماً فاستأصلت جزءاً عظيماً من الجلد ، ولم أضع أنابيب تصفية . وقد التحم الجرح فى أسبوعين أو أكثر قليلاً التهاماً حسناً بغير أن يتخلف عنه ما يسمى الخراج المتبقى وبغير أن يكون التضميد مؤلماً «

الفصل الرابع والعشرون

البتر

في الشؤون البشرية التي لم تتغير ظروفها الضرورية بتغير الوقت لا بد أن يسترشد الانسان في علاجها بالعادات والتقاليد ، أما اذا تغيرت الظروف الضرورية ، كما تغيرت ظروف الجراحة ، فلا بد أن تترك هذه العادات والتقاليد جانباً ليحل مكانها غيرها مما ينفق والزمن . واني أراني بحاجة الى ذكر هذه المقدمة لأنني لا أزال أرى كثيراً من الآراء التي وجدت قبل زمن المخدرات والمطهرات ينشر في كتب الجراحة الحديثة ينشرها المؤلف الحديث عن المؤلف القديم ، وهكذا دواليك ، بغير ملاحظة ما أكل عليه الدهر وشرب . فلا يزال الجراحون يذكرون طرقاً لبتر الأطراف ، من أهم مزاياها تلك الرشاقة التي يستطيع الجراح أن يستأصل بها الطرف ، أو تلك السهولة التي يتق بها الجراح العفونة المستقبلة التي كان لا مندوحة عنها

فتفقدك بتر القدم بطريقة شو بارت^(١) أو بطريقة فارابوف^(٢) عبث كضربك الهواء أو نقشك في الماء . وخير لي ، من ذكر الأغلاط الشائعة في هذه العمليات الجراحية ، أن أقول شيئاً موجزاً في الأحوال العصرية التي يجب أن يلاحظها الجراح في عمله . فذلك أفضل من عد عيوب الطرق القديمة التي أفناها القدم فلا هي صالحة يعمل بها الآن ولا هي دائرة فتنسى

أصول البتر

بتر الطرف المثوف

إن بترك الطرف السليم وتركك الطرف المثوف من أكبر الأغلاط التي لا تغتفر . وهي غلطة عملت وقد تعمل . فليس من النادر أن يحضر الى المستشفى مصاب بهرس في رجله مثلاً يحتاج احدهما الى البتر ، وليس بعيداً إذا كان الجراح ومساعدوه قد أعياهم التعب أن يستأصلوا الساق التي لا تحتاج الى البتر

ويحكى أن جراحاً من صفوة الجراحين المشهورين قد بتر الساق التى لا تحتاج الى بتر ، وكان هذا مما دعاه الى طلب موافقة المصاب على بتر الساق الأخرى وكان بها كسر مضاعف شديد . فلم يقبل المريض . وكان على الحق فى عدم قبوله ؛ لأنه شفى بساق نافعة

وقد تعمل هذه الغلطة فى اصابات اليد ، اذ يحتمل أن يبتتر الجراح أصبعاً غير الذى يريد بترها

البتر فى اثناء الصدمة الأولية

إن بترك الطرف لصابته باصابة شديدة ولما تذهب الصدمة الأولية لما يزيد فى الطين بلة ويعرض المصاب لخطر عظيم . وأول ما يعمل ، فى مثل هذه الأحوال ، هو العمل على انعاش المصاب وارجاع الحياة اليه وقد كاد ينقطع به أسبابها وكثيراً ما كننا نسمع أن المصاب قد أرسل تواءاً الى غرفة العمليات ، على أثر وصوله الى المستشفى . وإنه وإن تكن هذه العادة قد أخذت تتلاشى إلا أن من الضرورى تحذير الجراح من الركون اليها واجراء العملية فى زمن الصدمة الأولية

اتقاء النزف

لا أرانى بحاجة الى التنبيه الى ضرورة اتقاء النزف فى اثناء العملية لولا ما يرى احياناً بعد قطع الأنسجة من أن الرباط الضاغط غير ضاغط ضغطاً كافياً لوقف النزف من الشرايين . ولعلنا فى حاجة إلى رباط ضاغط يوضح للعين مقدار الضغط على الأنسجة فى أى وقت معين . أما الآن فلا حيلة لنا إلا استعمال ضغط أكثر من الضرورى مسترشدين بذلك بخبرتنا

أما الجراح الذى يهمل الرباط الضاغط ويستعين ، لوقف النزف ، بالضغط باصبع المساعد فطائش متهور لأن عمل المساعد يكون ، وقتئذ ، متعباً غير سهل وقد لا يستطيع التحكم فى الشريان بالضغط لكثرة تداول الطرف فى اثناء البتر . ولقد شاهد بعضهم أحد الجراحين ، ممن يعتمد على هذه الطريقة لوقف النزف ، وقد وقع فى حيرة

وارتباك لعدم استطاعته ضبط الأوعية القصبية النازفة ، وهو يتر النصف السفلى من الساق . وكنت ترى الدم وهو يشج من الأوعية ، مع كل حركة فى الساق ، لانزلاق أصبع المساعد التعب الذى كان يضغط الشريان الفخذى . ولعل أقل ما يحدث ، فى مثل هذه الحالة ، اضطراب الجراح وحيرته ، وفقد المصاب مقداراً عظيماً من الدم ، وضياح الثقة ما بين الجراح ومساعديه

ويحسن قبل ان أختم الكلام فى هذا الموضوع ، أن أذكر الجراح بضرورة ارخاء الضغط قبل خياطة الشرايح ، فكثيراً ما ينسى الجراح هذه الدقيقة ، فى هذه الدقيقة ، فيحدث النزف من وعاء لم يلاحظ ولم يضبط ، ويتكون تجمع دموى أسفل الشرايح مما يعوق الالتحام

كيف تعمل الشرايح

كان المعتاد ، فى الأيام السالفة ، إذا كانت العفونة منتشرة فى العمليات الجراحية أن تعمل شرايح كبيرة « لتغطية العظام جيداً » وأن يتنحى الجراح عن « الشرايح الرقيقة ضعيفة الغذاء » الى غير ذلك من الجمل التى لا محل لها الآن ، فى هذا العصر ، إلا على رفوف المكاتب

ولا يستحسن الجراحون ، الآن ، مواراة طرف العظم فى كتلة من المنسوج الالتحامى . وليست تتغفر الشرايح لأنها رقيقة فحسب ، لكن ، مما لا شك فيه ، أن الشريحة الرقيقة أكثر تأثراً بالربط الغشيم من الشريحة الغليظة . وهذا مما يجب اتقاؤه ولتعلم أن الغذاء الدموى للجلد والمنسوج الخلوى تحته مسنقل عن الغذاء الدموى للصفاق الغائر والعضلات ؛ وعلى ذلك ليست تنفع محافظتك على أجزاء من الصفاق الغائر والعضلات لصيانة الغذاء الدموى للشريحة الجلدية. هذا إلى أن فرائص العضلات التى يتركها الجراح فى الشرايح الجلدية لتغطية طرف العظم واخفائه تتحول ، مع الزمن الى منسوج التحامى ، لا يتحمل الضغط ، ويحدث الألم ، ويتقرح سريعاً ومن الأغراض التى يجب أن يقصد إليها الجراح تقليل ما يمكن أن يتخلف من

المنسوج الالتحامي بقدر ما يمكن . ولهذا يلزم أن تشتمل الشريحة على الجلد والصفاف السطحي فقط

أما طريقة عمل هذه الشرائح الجلدية فكثيراً ما يكون الجراح مقيداً في تكوينها بما قد يكون عنده من الجلد . فإن لم يكن مقيداً فعليه عملاً بحيث تكون أثره الالتحام بعيدة عن الضغط . فلا يصح ، مثلاً ، وأنت تعمل شريحة لعص يتلقى ثقلاً عظيماً ، أن تكون أثره الالتحام على طرف العظم ، وكذلك ، لا يستحسن ، في بتر الساق أو الفخذ ، أن تكون أثره الالتحام في الجهة المتقدمة ؛ لأن العص سيلامس الساق الصناعية ، في هذا الموضع ، كلما خطا المبتور خطوة الى الأمام

ولتعلم أن الشريحة الجلدية كثيراً ما تحتل الضغط ، وإن المريض يمكنه أن يركز بسهولة ، على البتر بطريقة سايم^(١) ، أو البتر خلال مفصل الركبة ، أو أعلاها قليلاً ، وليس سبب هذا التحمل أن الشرائح من جلد وقاح متعود الضغط ؛ بل لأن الشرائح ، في جميع هذه الأحوال ، لا تشتمل الا على الجلد والصفاف السطحي ، ولأن العظم اذا قطع ، فقطعه خلال المنسوج الأسفنجي

وكثيراً ما دهشت من براعة الأستاذ سايم لابتداعه البتر الذي تشرف باسمه منذ زمن طويل ؛ لأن العملية تستغرق وقتاً طويلاً ، ولا بد أنها كانت مؤلمة جداً ، لا سيما ذلك بغير تخدير . فمن الأسف العظيم أن تحمل هذه العملية اسم هذا الجراح العظيم . فقد تداعت الأصول التي عليها بنيت هذه العملية . فجراح الوقت الحاضر لو أضطر الى بتر القدم وكان له أن يختار إما البتر بطريقة سايم وإما البتر في متوسط الساق لفضل العملية الأخيرة اذا لم يستطع ، لسبب ما ، ان يحصل على شريحة مناسبة للعقب . ومتى استطاع الجراح أن يحصل على عص وقاح على الثقل فليس يهم كثيراً من أى موضع كان الجلد . والشريحة التي تؤخذ من ظهر القدم ، أو من أحد جانبيه كالشريحة التي تؤخذ من العقب ، غذاء ووظيفة

وعلى الانسان أن يقابل بين نتائج البتر في كلا الموضعين للتحقق مما يحدث من الضرر بتناسي هذه القاعدة الجراحية

قطع العضلة

لنقليل ما يمكن أن يتخلف من المنسوج الالتحامي ، لا بد من قطع العضلات قطعاً عمودياً ، وعلى الجراح أن يحتاج هذه العضلات باقة بالسكين ؛ فقطعه العضلات بهذا الشكل مما يقلل المنسوج الالتحامي في العصب ويسهل على الجراح ضبط الأوعية النازفة وتقصير الأعصاب

نشر العظم

يفضل بعض الجراحين عمل كم من السمحاق ورده الى الأعلى قبل قطع السمحاق . وأرى أن هذه غلطة لأن من الضروري أن تقصد الى قطع العظم قطعاً برفق ولين لكي يكون طرفه ناعماً بقدر الامكان . واذا تركنا كمًا من السمحاق الذي يكون العظم لا يبعد أن يكون أشواكاً وزوائد . والرأى عندي أن يقطع السمحاق ، خلال الخط الذي يقطع فيه العظم ، وان تقطع ، بالمقراض كل زائدة سمحاقية ، حتى يتساوى العظم والسمحاق . ولهذا الغرض يلزم استئصال كل الزوائد العظمية وكذلك يلزم تنظيف السطح المبتور من الذرات العظمية مسحاً بالأسفنج أو غسلاً بالمحلول . وفي البتر خلال الفخذ كثيراً ما يكون القطع في العظم غير منتظم عند الخط الأبيض ، وهذا مما يستلزم عناية تامة لكيلا تترك زوائد عظمية . أما قطع عظم القصبة بالمنشار فيستلزم غالباً إعادة قطع الظنبوب^(١) بالمنشار أيضاً . ويوصى القوم ، لأسباب مختلفة أخرى ، بنشر عظام الشظية في مستو أعلى من المستوى الذي نشر فيه عظم القصبة ولا أرانى بحاجة الى التنبيه الى ضرورة قطع العظم في مستو يكون عمودياً على جسمه أما في العصب الذي يتحمل الثقل فالقطع يكون عمودياً على خط الضغط .

علاج الأوعية والأعصاب

أما أعيان الشرايين فالجراح على دراية عظيمة من موضعها فلا يحتاج الى كثير من العناية لضبطها . وأكثر ما تكون المضايقة من الفروع العصبية للشرايين ؛ ولكل

(١) الظنبوب بالضم حرف عظم الساق من قدام

عضلة كبيرة تقريباً فرع رئيسى يمكن العثور عليه وضبطه . أما سائر الشرايين التى تغذى العضلات فقليلة الشأن

ومما هو جدير بالذكر الحصول على كل عصب قطع ، ثم سحبه مسافة قيراط تقريباً من سطح البتر ، وقطع الجزء المسحوب بالمقراض ، بعد ضغطه بالجفت . والحكمة من هذا الضغط ختم الغمد لمنع تكوين بصلة عصبية فى نهاية العصب . وإياك أن تنسى ، وأنت تقطع الأعصاب ، بهذه الطريقة ، أن تعالج الأعصاب الجلدية كالعصب الوركى الصغير ، والعصب الصافن الطويل . ومن السهل العثور عليهما ، وهما يسيران والأوعية المرافقة لها

اختيار موضع قطع العظم

لعلاج هذا الموضوع لابد من تقسيمه قسمين بحسب عمر المريض أتجاوز النمو أم لا

المراهقة

للجهاز الذى ينوى أن يستعمله المريض بعد البتر شأن عظيم ؛ أهو ينوى أن يستعمل ساقاً صناعية أم ساقاً خشبية ؟ فمن الخطأ عمل الجراح البتر لجميع المرضى على السواء كأَنهم من طبقة واحدة

فخير للفلاح ، مثلاً ، أن يلبس ساقاً خشبية ؛ ولو استطاع أن يلبس ساقاً صناعية ؛ فهي أنسب كثيراً لعمله من الأخرى . وفى مثل هذا الفلاح يجب أن يكون الغرض من البتر الحصول على عص يتلقى الثقل . لذلك ترانى ممن لا يسخرون من عمل البتر فى « موضع الاختيار » فالعملية ، فى هذا الموضع ، على اعتقادى ، تبررها ظروف قد تكون أقل وضوحاً للجراح المقيم فى المدينة منها لزميله فى الأرياف وكذلك يحسن البتر خلال مفصل الركبة ، أو خلال الجزء السفلى من الفخذ للحصول على عص يتحمل الثقل ، ولعل ذلك خير من البتر فى منتصف الفخذ لسد مطالب الساق الصناعية التى قد لا يستعملها المريض طول حياته

فاذا كانت حالة المريض مما لا تسمح له الا باستعمال الساق الخشبية بقية حياته فلا بد من الحصول له على عص يتلقى الثقل ، وليتجاهل الجراح تلك القواعد التي وضعتها مصانع السوق الصناعية ، وأعاتتها في أثناء الحرب الكبرى

أما العص الذى يتحمل الثقل فهو المتخلف عن البتر فى المواضع الآتية : الجزء السفلى من عظمى القصبة والشظية (سايم) ، وأسفل الركبة بمقدار عرض الكف (موضع الاختيار) وفصل الركبة ، والجزء السفلى من الفخذ

أما اذا كان المريض من أرباب الحرف والصناعات فالساق الخشبية لا تنفعه مطلقاً ولا يمكنه أن يقوم بكل عمله . ولذلك يلزم أن تهيب له عصاً يسد مطالب الطرف الصناعى ، واليك بعض التفاصيل :

فليس ينفع عمل البتر خلال عظم القصبة ان لم يترك جزء من العظم يكفى لتحريك مفصل الركبة للساق الصناعية - أى يلزم أن يترك نحو أربعة قراريط . فاذا لم يتيسر للجراح أن يترك هذا الجزء من القصبة فليس هناك فائدة من عمل البتر أدنى من منتصف الفخذ ويود صانع السوق الصناعية أن يعمل البتر فى الجزء السفلى من عظمى القصبة والشظية (سايم) ، والثالث المتوسط لعظم القصبة ، والثالث المتوسط لعظم الفخذ . أما البتر خلال الركبة أو خلال الجزء السفلى من عظم الفخذ فلا يصلح للسوق الصناعية لأنه لا يمكن تجهيزها بمفصل متين للركبة ، كما لا يمكن تجهيزها بحق يلتئم فيه العص تماماً وعلى ذلك يفضل صانع السوق الصناعية أن يعمل البتر خلال جسم عظم القصبة أو عظم الفخذ اذا كان البتر سيعمل أعلى مستوى الجزء السفلى من عظم القصبة أو عظم الفخذ ولتعلم أن العص العظمى اذا كان من المنسوج الاسفنجي يتحمل الضغط بينما ان العظم اذا قطع خلال جسمه لا يتحمل العص ثقل الجسم الا اذا عملت شريحة مكونة للعظم . ومن السهل فى أثناء البتر خلال جسم عظم القصبة أن يرفع الجراح بازميل عريض شريحة عظمية سمحاقية رقيقة من السطح المفرطح لعظم القصبة وأن يثنى هذه الشريحة على طرف العظامين ، وأن يخيط هذه الشريحة بغرزتين من الكاتجت وهو عمل لا يحتاج الى كثير من الوقت ، الى أنه يهيب للمريض عصاً يتحمل الثقل

ولست تستطيع ، لسوء الحظ ، أن تخرج صانع السوق الصناعية عن عادته ليعمل لك ساقاً لمثل هذا العص . والذي يعمل به ، كما رأيت كثيراً ، رغم تعليماتي واحتجاجاتي هو ساق ترتكز على ورك المريض وتترك العص اللطيف الذي يقوى على تحمل الثقل يتبدل بغير عمل في حق السوق الصناعية . وهذا العص لا يصح أن يعامل بهذه المعاملة . ولذلك عدل الجراحون الذين كانوا يعملون البتر بهذه الطريقة حتى يتيسر للمصانع عمل سوق صناعية مناسبة . وإلى أن تتيسر هذه السوق الصناعية فمن الخطأ عمل هذه الشراخ العظمية السمحاقية

أما عمليات البتر في القدم فيمكن استئصال أى جزء منها في مقدم المفصل الرسغى المشطى . ولتعلم أن البتر بطريقة هاى^(١) أو ما يماثلها يترك عصاً نافعاً ، وأن لا فائدة من البتر بطريقة شو بارت ، أو البتر أسفل العظم القنزعى حيث تقطع العظام بين الخط الرسغى المشطى والجزء السفلى من عظام القصبة والشظية ، وبعبارة أخرى إذا لم يمكن عمل البتر بطريقة هاى فالأحسن عمل البتر بطريقة سايم^(٢)

أما في الطرف العلوي فالقاعدة المحافظة على الأنسجة بقدر الامكان . ولا يخرج الجراح عن هذه القاعدة إلا إذا كان المرض مصحوباً بانكيلوز في المفصل الكعبرى الزندى السفلى . ففي مثل هذه الحالة يحسن قطع العظامين أعلى المفصل ، وذلك للمحافظة على قوة البطح والكب . ولتعلم أن من العبث ترك ساعد قصيرة لأنها لا تقوى على تحريك الأجهزة الصناعية ، ولذلك تكون قابضة الفائدة ؛ بينما ان طرف عظم العضد المعقد في البتر خلال مفصل المرفق أو أعلاه مباشرة لا يصلح للإحكام في حق الساعد الصناعية

وهناك شئ من الوهم بشأن بتر الأصبع خلال المفصل السلامى الأول ؛ إذ يقول بعضهم بعدم فائدة البتر خلال هذا المفصل مستنداً على أن أوتار العضلات القابضة وبالبساطة لا تدغم في السلامية الأولى . وينصح بعضهم ، عند ارادة البتر خلال هذا المفصل ، أن تخطط الاوتار القابضة وبالبساطة في هذه السلامية . وكلا الرأيين خطأ . فانبساط السلامية الأولى على العظم المشطى انما يقوم بشرحة من العضلة الباسطة المشتركة

للأصابع تذهب للأصبع . فلا بد من المحافظة على ادغام هذه الشرحة . أما اثناء هذا المفصل فيتم بالعضلات الدودية والتي بين عظام الأصابع مما يدغم في السلاميات الأولى وتمدد الوتر الباسط . أما قسائم العضلة القابضة الغائرة والعضلة القابضة المشتركة للأصابع فلا علاقة لها بالمفصل المشطى السلاحي ، فإذا خيط الجراح أوتارها على طرف السلامية الأولى كانت سبباً في عوق الحركات بدلاً من تنشيطها لأسباب ليس من الضروري التعليق عليها

الطفولة

فان كان البتر في مريض أو مضاب لا يزال في دور النمو فعلى الجراح النظر في مسائل جديدة . عليه النظر في تأثير النمو عامة وفي العصب خاصة . وإياك أن تعمل ، أيها الجراح ، بترًا خلال جسم العظم في طفل . وان اضطرت الى ذلك فلتكن الشريحة سمحاقية عظمية ؛ لأنك اذا لم تترك عصا يتحمل الثقل والضغط فإنه يضم ، ويذبل ، ويصير عديم الفائدة

ولا يعترض صانع السوق الصناعية على البتر خلال مفصل الركبة ، اذا كانت العملية في طفل ، لأنه وان كبرت فخذه مع نموه إلا أنها تبقى أقصر من الفخذ الأخرى مما يسمح بتركيب مفصل ركبة ، وضمور لقمى عظم الفخذ يساعد على إحكام حق الساق الصناعية

البتر الأولى والثانوى

للآن لم ننظر في مسألة البتر إلا من وجهة الجراحة الطاهرة . على أن هناك أحوالاً ، في السلم وفي الحرب ، لا يمكن الجراح أن يتوقع فيها التحاماً بالقصد الأول . فليعمل البتر الأولى ، في هذه الأحوال ؛ اذا سمحت الظروف ، في موضع أدنى ، على أن يعمل البتر الثانوى في المستوى المطلوب بعد . فقد يعمل ، مثلاً ، البتر الأولى ، خلال الجزء السفلى من عظم القصبة ، ارادة عمل البتر الثانوى ، بعد ذلك اذ تزول العفونة ، خلال منتصف العظم

فاذا لم يتيسر لك عمل البتر ، بهذه الطريقة ، فحسبك ترك الشراخ مفتوحة ارادة

خياطتها في المستقبل . ووقتئذ يلزم عمل الشرائح طويلة ؛ لأنها تنكش كثيراً . وفي حالة البتر بطريقة سايم التي تفضل عن البتر أعلى قليلاً بسبب النتائج الحميدة في وظيفة العضو يمكن اتقاء انكماش الشريحة بنشر عظام العقب وترك حذبه في شريحة العقب حتى يعمل البتر الثانوى

علاج العصب بعد العملية

من المهم التفكير بتدليك العصب وتحريكه لمنع التصاق الأنسجة الرخوة بالجزء المقطوع من العظم ؛ وللمنع الانكياوز ، واتقباض المفصل الذى يكون أعلى البتر مباشرة بالانتقباض العضلى . واتقاء هذه المضاعفات أسهل من علاجها

العصب الضامر المؤلم

قد مر بك ما يلزم من تقصير الأعصاب لاتقاء المضاضة في العصب ، وما يلزم من قطع الزوائد السمحاقية ، ومسح الذرات العظمية . وإذا تركنا ذلك جانباً فليس نادراً أن يشاهد الجراح العصب البارد ، المتقرح ، الذى تكون فيه مضاضة . وهذه المضاعفات تنشأ عن أسباب كثيرة منها : زيادة المنسوج الالتحامى في العصب ، مما يعقب التقيح ، وعدم اتقان عمل الشرائح ، وتضمين العضلات فيها . ولتعلم أن « مواراة العظم أو تغطيته جيداً بالعضلات » من أهم عوامل زيادة المنسوج الالتحامى ؛ إلا أن يكون لهذه المواراة سبب خاص كالأصابة بالتصقيع والاضطراب الوعائى أو الغذائى

ولهذا السبب يلزم نشر عظام القصبة في المنتصف ، لا في الجزء السفلى ، في أحوال البتر الاعتيادية . والعصب القصير ، اذا كان من الطول بحيث يكفى للقيام بعمل المخل أو العتلة ، قد يحرك العضو الصناعى كالعصب الطويل الذى يمكن أن يحسب طرفه زائدة ضامرة بغير فائدة . وكما زاد نشاط العصب زادت تغذيته . ولهذا السبب ترى العصب المكلف بحمل بعض ثقل المريض أو كله أقوى وأصح من العصب الذى لا يقوم إلا بنقل الحركات للعضو الصناعى

ومن الخطأ قطعك على البصلة العصبية مباشرة ارادة تشريحها واستئصالها في أحوال العصب المؤلم . والصواب أن تستأصل جزءاً من كل عصب مصاب أعلى نهايته . فإذا كان العصب ناشئاً عن البتر خلال منتصف العضد فالوجه أن تصل الى الاعصاب المصابة خلال الابط

الفصل الخامس والعشرون

الكسور

اعتماد أحد اساتذة الجراحة أن يقول لطلبة الطب وهو يلقي عليهم الدروس الجراحية « قد تزعمون ، أيها السادة ، أن العظم الطويل في باطنه ما يسمى النقي أو مخ العظم ؛ فلا تصدقوا . فالعظم الطويل في تجويفه النخاعي سائل اسود من نكران الجميل ووجود المعروف ، يسيل منه اذا انكسر »

واعتماد جراح آخر أن يقول لطلبته : « قد يذهب أحدكم الى الريف ليبتدىء عمله في صناعة الطب . ولا يبعد أن يقع جاره على السلم ، فتتكسر ساقه . وقد يستدعى الطبيب الجديد لعلاج . ولا يكون جزاء الطبيب من المصاب إلا انصراف الأخير بكل همته ، في سائر أيامه ، الى عرض ساقه العاجزة أو المشوهة على الناس ، والتماذى في النيل من الطبيب ، وتجريحه لأنه لم يستطع أن يجبر كسره تماماً فلا يرى له أثر . فاذا عرك الدهرُ الطبيب ، وحنكته الأيام ، واستفاد من التجارب والحوادث تنحى عن علاج كسور العظام وتركها لمنافسيه من الأطباء »

فهل ترى معي ، أيها القارىء ، ما يرمى اليه كلا الجراحين العظيمين ؟ إنهما يريدان أن يقولوا لك قولاً ليناً ، أنت في حاجة شديدة اليه . فكم من جراح قد ضاعت شهرته وكم من مصاب قد تخلف عنده تشوه ، أو قصر ، أو عطل في وظيفة العضو من الفشل في علاج الكسر علاجاً قوياً خالياً من الأغلاط

والأغلاط الشائعة قسمان : منها ما يكون في التشخيص ، ومنها ما يكون في العلاج

أغلاط التشخيص

تجاوز الكسر

ليس يستطيع الجراح أن يجيد علاج الكسر إلا اذا أمكنه أن يتعرف الكسر ؛ لأن من السهل أن يتجاوزوه فلا يدركه . وكثيراً ما يرى الانسان كسوراً قد فاتت على المعالجين وقد يكون لهم بعض العذر في بعض الأحوال ، وقد يكون عدم ادراك الكسر

من الإهمال ، في أحوال أخرى ، لكن الأغلب أن يكون من عدم الفحص الكامل ؛
كأن يكتفى الجراح ، مثلاً بالفحص عن جزء من الطرف المصاب بدلاً من فحصه عن
الطرف كله ، أو كأن يهمل مقابلة الطرف المصاب بالطرف السليم ، أو كأن يهمل
المقاس بالمتر ، أو كأن يتغاضى عن الاستعانة بالأشعة وصورها ، أو كأن يتناسى أن
العظم قد يكسر بغير أن تتضح علامات الكسر بالفحص السريع

ويمكن أن يقال ، على وجه العموم ، إن الغلط طريقتين :

فأما الطريق الأول فهو عدم الفحص عن كل الطرف المصاب فحصاً دقيقاً

وأما الطريق الثانى فهو تجاهل وجود الكسر مع عدم التشوه العظيم

فإن سار الجراح فى أحد الطريقتين أو فى كليهما فقد لا يستعين بالأشعة وصورها
وقد لا يتخذ علاجاً جراحياً مناسباً . واليك أمثلة :

سقط صبي فنال مرفقه الأيمن شئ من الأذى . فاستدعى له طبيب رأى الإصابة
فوصف لها التكميد بمحلول تحت خلات الرصاص ، وثبتت الطرف بعلاقة . ولما رأت
الأم أن الصبي يصبح من الألم كلما تحركت ساعده أخذته الى المستشفى حيث اتضح
أن الصبي مصاب بكسر كامل مستعرض فى عظم العضد

وقد رأى بعضهم حادثة قريبة المشابهة فى سيدة كسر عظم عضدها فاشتكت من
ألم فى المرفق . وقد وصف لها طبيبها المعالج التكميد بمحلول تحت خلات الرصاص أيضاً
مع التثبيت غير مدرك الكسر . ولو قلت لك إنه لم يطلب من السيدة كشف عضدها
للفحص عنها لعرفت مقدار إهماله

وجدير بك أن تعرف أن انعكاس أعراض الكسر الى المفصل أسفله ليس نادراً
وأن هذا الانعكاس يشاهد فى كسور عظم الفخذ كما يشاهد فى كسور عظم العضد . فقد
رأى أحد الجراحين ، فى استشارة مع الجراح المعالج ، صبياً سقط ، فى أثناء لعب كرة
القدم ، فحدث فى مفصل الركبة الأيسر انسكاب عظيم حسب الجراح المعالج مقر
الإصابة كلها . والذى دعاه الى طلب رأى آخر هو ما كان عند المصاب من الألم الشديد .
وقد اتضح بالمعاينة ، فى أثناء الاستشارة ، أن الفخذ اليسرى أكبر من الفخذ اليمنى

وبالاختصار وجد في عظم الفخذ الأيسر كسر منحرف في متوسطه . وامتلاء مفصل الركبة بالسائل الزلالى ليس نادر الوقوع فى كسور عظم الفخذ ، وان لم يصل الكسر الى المفصل ؛ وقد ينصرف اليه الجراح فيصرفه عن الاصابة الحقيقية

والأغلاط التى ذكرت سببها الأصلى اهمال الجراح أن يفحص عن الطرف المصاب فحصاً كاملاً . لكن ليس يكفى الفحص عن الطرف المصاب فحصاً كاملاً فحسب ؛ بل لابد من مقابله بالطرف الآخر لأن ذلك مما يرشد الى تشوه قد لا يدرك . واليك حكاية تبين لك فائدة المقابلة بين الطرفين السليم والمثوف :

سقط رجل قوى البنية ، بصحة جيدة ، على الأرض فرض وركه . ولما وصل الى المستشفى كان فى حالة الصدمة الأولية فقبل . وفحص الجراح المقيم عن الطرف المصاب فحصاً جيداً ، فوجد الرض الذى فى الورك ، ووجد أن حركات المفصل الوركى ، وإن تكن مؤلمة إلا أنها طبيعية فى جميع الاتجاهات ، ولم يكن ، هناك ، تشوه . فزعم أن من الممكن للتشخيص استخراج الكسر من جدول الاصابات . وبعد أيام قليلة حدث أن رأى المصاب جراح آخر فوجد أن قدمه اليسرى منقلبة الى الخارج قليلاً . وأفضت هذه الملاحظة الى معرفة أن الاصابة هى كسر فى عنق عظم الفخذ الأيسر بقصر . ويقول هارولد باروز إنه وهو يخدم فى الجيش ، فى مدة الحرب ، بفرنسا ، شاهد حالة قريبة المشابهة بالتى ذكرت

والقاعدة التى يجب أن نسترشد بها فى علاجنا الاصابات هى الاشتباه بوجود كسر حتى يقوم الدليل على عدم وجوده . ولتعلم أن من المهم جداً أن تعرف أهنالك كسر فى العظم أم لا ، ولو لم يتأثر العلاج بهذه المعرفة . ولهذا الغرض يلزم الاستعانة بخبير فى الأشعة إذا خامرك شئ من الشك . وهذه الاستعانة بالأشعة ضرورية ، ولو تركنا مسألة العلاج جانباً ، لأن المريض قد يلجأ اليها من نفسه أو بإرشاد أحد أصدقائه فاذا اتضح فى الصورة ما يخالف تشخيص الجراح فقد ضاعت ثقة المريض به . فحتم على المعالج ، لمصلحة المريض ، أولاً ، ولمصلحته ، ثانياً ، أن ينصح بعمل صورة متى حدث شك فى سلامة العظم . فاذا لم تسمح الظروف بعملها فعلى الجراح أن يشرح للعليل ضرورتها ويأسف لحرمانه من الاستفادة منها

واليك ملاحظة جديدة بالملاحظة :

يحسن ألا يعتمد الجراح في تقرير حالة العظم على ما يراه في لوح الأشعة فكثيراً ما يخدع بهذا الشكل وليكن الاعتماد على الصورة المأخوذة بالأشعة . ولا يبعد أن يعرف كل جراح بعض الأغلاط الناشئة عن الاعتماد على لوح الأشعة ، واليك مثلاً :

داس عامل على عرق خشب مقلقل في صقالة بناء ، وتفاديا من السقوط سقطت شنيعة وثب الى الأرض من علو عشر أقدام تقريباً . فاشتبه الجراح من طبيعة الإصابة وشكلها في وجود إصابة في العظم . فأرسل المصاب للأشعة حيث شوهد موضع الإصابة على اللوح ، دفعتين ، وكان التقرير ، في كل دفعة ، خالياً من أى إصابة في العظم . وفي الدفعة الثالثة عملت له صورة بالأشعة فاتضح وجود كسر في عظم القنزعى

ويمكن ان أتمادى في ذكر أمثلة أخرى . والذي يستفاد منها أن الفحص باللوح نافع ولا سيما ذلك اذا كان القائم بالأشعة خبيراً ؛ لأنه يستطيع أن يرى الطرف في اتجاهات مختلفة لكن النفع التام إنما يكون بالصورة المأخوذة عقب رؤية الطرف على اللوح

وكما يفوتنا ادراك الكسر اذا اقتصرنا على رؤية الطرف على لوح الأشعة ، فقد يفوتنا ادراكه أيضاً وقد عملت الصورة . وأكثر ما يقع ذلك اذا اقتصرنا على تصوير الطرف في وضع واحد . ولعل كسر الطرف السفلى لعظم الكعبرة المعروف بكسر كولس أحسن مثال لذلك ؛ إذ لا يتضح الكسر في الصورة المأخوذة ، واليد موضوعة مسطحة على لوح التصوير ، اذا لم يكن هناك زيغ جانبي في شظايا الكسر

وعلى ذلك يلزم أن تؤخذ صورة الطرف المصاب بالأشعة في وضعين مختلفين على الأقل ، وللصور المجسمة (الاستيرسكوبية) فائدة عظيمة

والكسور التي لا تتضح هي التي تكون في المنسوج الاسفنجي غالباً . وكذلك قد لا تتضح بعض صدوع جسم العظم الطويل . واليك موجزاً مفصلاً :

الكسور الخرعوية

يحدث أن الطفل يسقط من سريره ، أو مهده ، أو عربته ، أو من ارتفاع ، فيصدم كتفه ، فتراه وهو يصيح ويبكي . فيستدعى الطبيب ؛ وهذا يفحص عن الطفل شخصاً كاملاً فلا يرى علامة على الإصابة إلا تألم الطفل وصياحه كما حاول تحريك عضديه . فلا الإصابة تتضح ، ولا الطفل يستطيع أن يعين موضع ألمه . ويحذر الطبيب ، وقتئذٍ من أن يقول لذويه أن الطفل سليم . وليقل لهم إن الإصابة بترقوته ، ويربط العضد بجانب الصدر . ولا يبعد أن يظهر ورم ، بعد بضعة أيام ، في الثلث المتوسط من الترقوة ، دالاً على كسر خرعوي فيها . وليس من المهم للطفل أن يعرف أعنده كسر في العظام أم لا ؛ لكن المهم أن يعرف ذلك الطبيب ويقول له الطبيب لذوى الطفل

وهناك كسر خرعوي يحدث في عنق عظم الفخذ ، ومن الصعب تشخيصه أولاً ، ويمكن ، على الأقل ، أن يحسب هكذا لأغراض العلاج . واليك مثالا : صبي نالته إصابة في أحد وركيه ، ولم تظهر الإصابة شديدة . وبالفحص عنه لم يتضح ما يدل على أن به إصابة شديدة سوى ألم متوسط عند تحريك الفخذ . فكان التشخيص رض الورك ، وسمح له طبيبه بالمشي . وبعد قليل زاد عرجه وهو يمشي . وبعد بضعة أسابيع ذهب لطيبه ، ولشد ما دهش إذ وجد أن الطرف المصاب أقصر من صنوه بنحو قيراط ونصف . ذلك لأن عنق عظم الفخذ قد ناء به ثقل الجسم ، وتكون المرض في المفصل الفخذي الوركى مما يستدعى اعوجاجاً في العمود الفقارى أو يلبس حذاء مرتفعة مدة حياته

وهذه الحكاية مما يبين لك ضرورة الحذر في مثلها ، ولو لم يتضح الكسر بالفحص عنه بالأشعة وصورتها ، وأكثر ما يكون الحذر ضرورياً في الأطفال وهم في دور النمو

الكسور تحت السمحاق

يدل اسم هذه الكسور عليها . فهي كسور في العظام يغير تمزق في السمحاق تمزقاً كافياً يسمح بزيغ شظايا الكسر . وقد رأى أحد الجراحين حوادث كثيرة من هذا

النوع ، وتنضمن صدوعاً في جسم عظم العضد والفخذ ، وكلها قد فأت على الجراح فلم يدركها . ويقول الجراح نفسه ، إنه كان يعالج ، قريباً ، كسراً مستعرضاً تحت السمحاق في عظم الكعبرة ، وكسراً آخر في التواء المرفق . وقد رأى أيضاً كسراً تحت السمحاق في عنق عظم الفخذ قد فأت على جراح مشهور ولما عرف بوجود الكسر قال إنه في حاجة الى صورة متقنة بالأشعة ليقتنع . وقد وضحت الصورة الكسر فعلاً

ويروى أن معلماً رقيقاً نحيف القوام حاول أن يصعد على إحدى عربات الترام وهي سائرة . فانزلت قدمه وسقط على الأرض ، وكانت الصدمة على قسم المدور العظيم . ولم يظهر بالفحص شيء من الرض ، أو القصر ، أو التشوه ، أو أى علامة أخرى على الكسر . وأمكن الجراح أن يحرك الفخذ تحريكاً كاملاً ؛ وقد كانت الحركات مصحوبة بألم شديد . ودل تقرير الأشعة على عدم وجود كسر . وبعد عشرة أيام كان لا يزال المصاب يتألم فحسب أنه عصبي المزاج وأنه يبالغ في آلامه ، فأرسل الى بيته برباط بشكل ٨ على فخذ ، وطالب منه أن يواظب على المشى بمكافئ . وبعد زمن طويل عاد الى المستشفى . وعنده قصر في الطرف بنحو أربعة قراريط ، واتضح أنه كان مصاباً بكسر في عنق عظم الفخذ . فكان بخير ما دام السمحاق متماسكاً ، لكن مجهوداته ومحاولته السير والمشي مما أضعاف هذا التماسك فتشوه الطرف تشوهاً عظيماً

ومنذ قليل حضرت إلى أحد الجراحين صبية في عربة . ولم تكن بها جباثر . ودل التاريخ على إصابة منذ أسبوعين ، في أثناء لعبها خارج البيت . وكان يعالجها طبيب اعتقد أنها مصابة برض ، ونصحها بالمشي . فاذا ما صاحت واستغاثت وهي تحاول المشي حسب صياحها دلعاً . وشوهد عندها ورم في القصبة في ملتقى الثلثين المتوسط والسفلى ، وتشوه زاوى الشكل خفيف . واتضح من صورة الأشعة أنها مصابة بكسر كامل مستعرض في عظم القصبة

وقد رأى بعضهم جندياً يمثل هذه الإصابة وكان يظن أنه ممرض فأساء رؤساؤه معاملته حتى اتضح الكسر في صورة الأشعة

وكثيراً ما يفوت الجراح كسر عظم الرضفة بغير انفصال الشظايا ، اذ يعتبره التهاباً حاداً في الكيس الزلالي المفصلي

كسر العظام المتوازية

إذا كسر عظم الشظية وحده فعدم وجود التشوه الواضح ، واستطاعة المريض أن يتحمل ثقله على ساقه مما يسهل للطبيب الوقوع في الخطأ . وكذلك الخطأ في أحد عظمي الساعد ليس نادر الوقوع

وهناك موضع آخر للزلل ، وذلك حيث ينكسر عظم الساق أو الساعد في مواضع مختلفة . فكثيراً ما يقع الطبيب غير الحريص في هذه الغلطة ، ولا سيما إذا اطلع على صورة بالأشعة لم توضح إلا كسراً واحداً . ولا تكون النتائج ذات بال . لأن الكسر في منتصف عظم القصبة التي تكون مع شظية سليمة يمكن علاجه بنتيجة حميدة للمريض وللطبيب بوضع جبيرة للطرف وبإبقائها حتى يلتئم الكسر . فإذا حسبنا أن الشظية بها كسر في الثالث العلوى ، أو بها خلع في طرفها العلوى كما يحدث كثيراً ، فلا بد من عناية عظيمة للحصول على نتيجة مرضية تستلزم أن تعرف الإصابة التي في عظم الشظية . فهذه الغلطة - غلطة معرفة أحد الكسرين ، وتجاوز الكسر الآخر ، إذا شملت الإصابة العظمين من الأغلاط التي ينبني عليها متاعب كثيرة

والكسور التي لا تدرك ، هي كما أسلفنا ، في الأطراف الأسفنجية للعظام الطويلة والقصيرة .

والكسور التي قد لا تدرك في الطرف السفلى هي التي تكون في عنق عظم الفخذ ، ورأس عظم القصبة ، والطرف السفلى من عظم القصبة والشظية ، وعظام رسغ القدم ، وعظام مشط القدم . وكثيراً ما تحسب الكسور التي حول مفصل رسغ القدم أنها وثء ، ولعل مما يساعد على ذلك قدرة المريض على المشى ولو بعرج . والصدوع الطولية والمستعرضة خلال الطرف السفلى لعظم القصبة والشظية ، ولا سيما ذلك خلال الكعبين ، وخاصة إذا لم تكن مصحوبة بزيف ، كثيراً ما يخطئ فيها من يكتفى بالفحص السطحي من الجراحين . وكذلك كسور عظم القنزعي ، وعظم العقب ، وعظام مشط القدم . والكسور قد تحدث في العظام الأخيرة عن عنف بسيط قد لا يعتقد الطبيب أنه يحدث

كسراً ، ولقد كان ذلك مما يحدث كثيراً في أثناء الحرب الكبرى ، وكان يسمى بكسور المشى^(١) فكنت ترى الجندي ، وهو سائر في طريقه ، وحامل حملاً ثقيلاً ، يشكو من ألم في قدمه ، يجعله يتناقل في مشيه ، ثم لا يلبث أن يسقط . وبعد حين تؤخذ الصورة بالأشعة فيتضح ، غالباً ، كسر كامل خلال عنق العظم المشطى الثالث أو الرابع . وكذلك قد تحدث الكسور في قاعدة العظم المشطى الخامس بغير عنف عظيم . وكذلك قد تحدث كسور غير منتظرة في السلااميات في أحوال رض أصابع القدم ، لكنها أقل شأنًا

أما في الطرف العلوى فالكسور التي لا تدرك قد تحدث في عظام اللوح ، وفي الطرف العلوى من عظم العضد ، وفي الكسور بالقرب من المرفق ، ورسغ اليد وقد شاهد بعضهم مريضين كان عندهما صدع مستعرض خلال الحفرة السفلى ، ولم يعرف الكسر ، بل ولم يشتبه فيهما الى أن عملت لهما صور بالأشعة بعناية والكسور الداخلة أي « المنحشرة » في الطرف العلوى من العضد ، والكسور التي بالقرب من المرفق قد لا يدركها الجراح ، لكن الخطأ فيها ليس متكرراً تكرره في الاصابات المجاورة لرسغ اليد و« وثن الرسغ » . فوثن الرسغ يخفى تحته أغلاط تشخيصية كثيرة ؛ فقد يكون الوثن كسراً في عظم الكعبرة ، أو في التواء الابرى أو الطرف السفلى لعظم الزند ، أو كسراً في العظم الزورقي ، أو صدعاً في العظم المشطى ومن الاصابات التي لا تدرك ، ولا تكتب كثيراً في جداول التشخيص ، صدوع الجمجمة ، والعمود الفقاري والأضلاع ، والقص ، والحوض . ويروى أحد الجراحين أنه رأى مريضاً مصاباً بكسر كامل خلال جسم الفقرة العنقية الرابعة ، وكان هذا المريض يستطيع أن يمشى وظهر كأنه بخير فلم يشتبه في اصابته بضعة أيام ومن العبث التطويل في ذكر هذه الأغلاط . وليس يوجد إلا قواعد قليلة من الضروري ملاحظتها لاتقاء هذه الأغلاط ؛ وقد مرت بك والملاحظات الآتية تنطبق على العظام السليمة :

(١) "Marching" fractures.

ان العظم قد ينكسر لأنه مقر لمرض ، فعلياً أن تقدر ذلك ، وأن تقدر مسؤولية الظروف الحالية ، وأن تنقّي الوسائل العلاجية المناسبة. ان المرشد العظيم لنا هو الخبر بالأشعة ؛ ولا عذر لنا اذا تراخينا في الاستعانة به؛ فان حدث ما يوجب الملام فلا لوم إلا علينا .

علاج الكسور

أغراضنا في علاج الكسور ثلاثة ، وهى : -

(١) الحصول على التئام متين

(٢) واسترجاع وظيفة العضو

(٣) وانقاء التشوه

وغرضنا ، ههنا ، الكلام فيما يحول دون الوصول الى هذه الأغراض مع بيان أسباب الفشل

(١) عدم الالتحام والالتحام الضعيف

تقصد بعدم الالتحام عدم وجود رباط عظمى متين بين شظايا الكسر؛ وتقصد بالالتحام الضعيف التئام الكسر التئاماً عظميةً ضعيفاً يعرض العظم للكسر ثانياً. ويمكن أن يقال إن الطبيعة قادرة على جبر العظم المكسور ، فى الشخص السليم ، اذا اقترب طرفا الكسر اقتراباً تاماً ، وبقي الطرفان منقاربين زمنياً كافياً . والأسباب الشائعة لعدم الالتحام هى انفصال الطرفين ، وعدم التثبيت الكافى

عدم التثبيت الكافى

أكثر ما يكون هذا السبب فى أجسام العظام الطويلة ويمكن أن يحسب سبباً مساعداً للسبب الأسمى الآخر؛ على أنه قد يكون هو نفسه السبب الأسمى . واليك مثلاً يوضح لك ما أريد :

حدث ، عند جندي ، كسر فى جسم العظم المشطى المتوسط لليد اليمنى ، عن عنف مباشر . ولم يعرف الكسر ساعة حدوثه . وبالرغم من شكواه بالألم ، واحتجاجة كثيراً ،

وقوله بعدم القدرة على حمل السلاح والمواظبة على عمله ، بقى فى صفه فى الخط الأول . وبعد قليل ظهر ورم فى اليد ، فأرسل الى القاعدة ، وقد جد القتال ، واشتدت الحرب ، فلم يلبث إلا قليلاً فى مستشفى القاعدة^(١) ، ومنه أرسل الى الخيام المضروبة للناقيين . ولما فحص عنه ، بعد الاصابة ببضعة أسابيع ، وجد أن الكسر لم يلتحم . فمن المعقول أن ينسب عدم الالتحام الى عدم التثبيت ؛ لأن طرفى الكسر لا يمكن أن يتباعدة ، فى هذه الحالة تباعداً كثيراً ، كما لا يمكن أن يكون العنف المباشر الذى أحدث الكسر قد أرسل شيئاً من الأنسجة الرخوة بين طرفيه

انفصال الطرفين

هذا السبب وحده ، أو مع غيره ، من أكبر العوامل على عدم الالتحام المتين . وقد يكون الانفصال من اعتراض الأنسجة الرخوة بين طرفى الكسر ، أو من تراكميهما من تأثير الانقباض العضلى ، أو من عدم تواجده سطحى الكسر كما يحدث فى كسور رأس العضد ؛ إذ يدور الطرف العلوى الى الوحشية ، ويجذب الطرف السفلى الى الأنسية ، أو من تباعد طرفى الكسر من الانقباض العضلى كما يحدث فى كسور عظم الرضفة وعظم الكتف المرفقى

وأرأى بحاجة الى أن أضيف الى هذين السببين - انفصال الطرفين ، وعدم تثبيتهما - سبباً ثالثاً لعدم الالتحام ، وهو استعمال جبائر الجبس . ولا شك عندى فى أن هذه الجبائر ، فى أيدي الخبراء ، حميدة النتائج لكنها كثيراً ما شوهت ، بعد استعمالها ، كسور غير ملتحمة لا يمكن أن ينسب عدم التئامها الى انفصال الطرفين أو الى عدم تثبيتهما . ولا شك عندى أيضاً أن عدم الالتحام لا بد ناشئ عن تغليف الطرف المكسور بجبيرة من الجبس تغليفاً محكماً . ذلك لأن التدليك والنشاط العضلى فى الطرف المصاب مما يساعد على تقوية الالتحام وجبر الكسر بشرط عدم احداث زرع فى طرفى الكسر أو تحريكهما حركات زائدة بالنسبة . وتغليفك الطرف بجبيرة من الجبس يحول دون الاستفادة بالتدليك والنشاط العضلى

(٢) التشوه

لتشوه الكسر بعد التحامه سببان ، وهما : -

- (١) لين الدشبذ من خطأ في تقدير قوة مقاومة الجهودات
- (٢) سوء الرد . وليس سوء الرد من الجهل بعلم الميكانيكات دائماً . فقد يكون من عدم استعمال المخدر ؛ لأن الانقباض العضلي كثيراً ما يحول دون ارجاع الطرفين في مكانهما ، وهذا الانقباض يزول بالتخدير . واذا تركنا الانقباض العضلي جانباً كان لنا من ألم المصاب ومعرفتنا أننا نهيجه بالرد اكبر عائق يمنعنا من جودة الرد .
- وانى أعتمد أن السر في مشاهدة كثير من كسور كولس بغير رد هو الامتناع عن استعمال التخدير لأنى لا أستطيع أن أفهم كيف يستطيع الجراح أن يفك تداخل طرفي الكسر ويرد الزيف بغير المخدر

وللتشوهات الدالة على الكسر ثلاثة أنواع : -

- (١) القصر الناشئ عن تراكب طرفي الكسر
 - (٢) والاعوجاج الرحوى
 - (٣) والتشوه الزاوي ، وقد يكون التشوه من اكثر من نوع
- ويحسن اتقاء القصر ، ولا سيما ذلك في الطرف السفلى ، على أنه ليس يضر ان لم يكن مصحوباً بتشوه رحوى أو بتشوه زاوى . أما الاعوجاج الرحوى في الطرف السفلى ، وخروجه عن محوره الطبيعى فمضاعفة جليئة الخطر ؛ لأن الساق تكون عاجزة ؛ لأن مركز الثقل اذا حاول المصاب أن يركز على ساقه لا يتفق ، وقتئذ ، وتقط الارتكاز العظمية . ويخيل لى أن لهذا العيب أكبر الشأن في ضياع الثقة في صناعة الجراحة

(٣) عطل الوظيفة من الانقباضات ويبس المفاصل

قد لا يسترجع الطرف وظيفته وإن يكن الالتحام متيناً خالياً من التشوه ، وهى من الحقائق التى تجب معرفتها . فليس نادراً أن يكون التعويض عن الكسر المجبور على استواء بسبب انقباض عضلة أو ببس مفصل

ولنحسب أن ساقاً وضعت في جهاز من الجبس بضعة أسابيع ، والقدم في حالة حنف^(١) بارتفاع العقب؛ فإذا ما رفعت جهاز الجبس وجدت العظم ملتحمًا تمامًا مرضيًا جيدًا؛ وأخبرك المريض أنه لا يستطيع أن يمشى وذلك بسبب انقباض العضلة ذات الرأسين انقباضاً لا يمكنه من وضع عقبه على الأرض

وقد يكون من الصعب اتقاء الالتصاقات في المفصل وحوله في بعض الكسور مثل كسربوت . ففي هذا الكسر يرتبك مفصل رسغ القدم في الإصابة مباشرة ، ويحسن التعجيل بالتدليك وتنشيط الحركات . ولتعلم أن الميل للتشوه الخاص بهذه الإصابة يزيد برفع الجهاز الضابط ولذلك يكون من الضروري أرجاء التدليك والحركات الى مابعد التصلب الكافي الذي يسمح بفك الجبيرة من وقت لآخر بغير خطر حدوث الزيف وكذلك ليس من السهل اتقاء يبس مفصل الركبة في كسور عظم الفخذ إلا بعلاج الكسر إما بالتصفيح وإما بالمد بالملاقط والكلالطارين خطر . أما علاج كسور عظم الفخذ بالطرق العادية الشائعة فلا يمكننا من رياضة مفصل الركبة إلا بفك الجبيرة لكن يمكننا دفع الرضفة ، من جانب الى جانب ، وعمل تدليك في العضلات المربعة الفخذية ، من أول الأمر ، وبعد ثلاثة أسابيع ، على الأكثر ، يمكننا أن نحرك مفصل الركبة حركة خفيفة

على ان هناك أحوالاً كثيرة ليس ممتنع فيها من تخريك المفاصل المجاورة للكسر تحريكاً ليناً خفيفاً في الدور الأول من العلاج . فكثير من الكسور ، ولا سيما التي تنحصر في الأطراف الاسفنجية للعظام الطويلة لا تميل الى الزيف ثانياً ، بل منها ما لا يحتاج الى جبيرة لحفظ الشظايا في موضعها الطبيعي بعد ردها مثل كسر كولس في الطرف السفلي من عظم الكعبرة . ففي مثل هذه الحالة لا توجد صعوبة في العلاج

ولا بد من التنبيه إلى مسألة عظيمة الشأن ؛ ذلك أن الحركات التي تعمل في الدور الأول من العلاج لا بد أن تعمل برفق ولين فلا تكون شديدة غير مطلقة . وكذلك لا تكون هذه الحركات دائمة ؛ فبقليل من التدبر تعرف أن حركة قسرية وحدة تجول

(١) الحنف هو Club-foot

بالمفصل في مجال واسع ، كل أربعة أيام تقريباً ، تحول دون يبس المفصل ؛ لأن الالتصاقات لا تحدث في ليلة . وهذا التنبيه ضروري ، لأن الكسر اذا وصل إلى مفصل فانه يكون بحاجة الى الراحة طالما كان ملمسه حاراً . فاذا أسرف الجراح في التحريك ولما يتحسن المفصل فقد يعثره التهاب عظمي مفصلي يبقى طويلاً

استعمال الملاقط الناشبة^(١)

أشرت الى علاج كسر عظم الفخذ بالشد بواسطة الملاقط تخترق الجلد وتنشب في العظم . وهي طريقة لها فوائد لها . ولها أيضاً مضارها ؛ لأن الغشاء الزلاالى المفصلي لمفصل الركبة كبير يغطي سطحاً كبيراً من الجزء السفلي لعظم الفخذ ، ولا يبعد أن تنشب أظفار الملاقط في هذا الغشاء وهي تنشب في العظم فتنتقل العدوى من الجلد الى الغشاء . ويروى أحد الجراحين أنه رأى مريضين قد حدث عندهما التهاب مفصلي صديدي في مفصل الركبة على أثر استعمال هذه الطريقة . وكان المريضان جنديين جريحين . وهل يختلف تركيب جسم الجندي عن غيره ؟ كلا . إذن لا يبعد أن تصادف هذه المضاعفة في غير الحرب

تصفيح الكسر وخطاطته

قد يعالج الكسر بما يسمى بالعلاج العملي الكي يضمن الانسان تثبيت الكسر تثبيتاً تاماً ورجوع وظيفة العضو بأقصر ما يمكن من الوقت ، وهذه الطريقة نشأت على أثر النجاح المستمر في الجراحة الطاهرة^(٢) الحديثة . وكان يعتمد اليها ، أولاً في كسور عظم الرضفة والنتوء المرفقي للزند ، أما الآن فليس ، هناك ، ما يدعو الى التنحي عنها في الأحوال المناسبة ، ولا سيما ذلك اذا قابلنا بين النتائج الباهرة لعلاج الكسور المضاعفة بالعملية وبين نتائج علاج الكسور البسيطة بالتثبيت زمنياً طويلاً . فكثيراً ما يستحيل رد الكسر رداً جيداً بدون عملية ، هذا الى أن ارتشاح الأنسجة الرخوة بالدم يفضي الى

(١) الملاقط الناشبة ترجمة Callipers.

(٢) الطاهرة ترجمة Aseptic.

تكوين التصاقات كثيرة ، وإلى أن التثبيت زمنًا طويلاً من شأنه أن يحدث ضموراً في العضلات ، ويسبب في المفاصل ، وهذه كلها مما يقلل كثيراً من قيمة العامل بعد كسر فخذه أو ساقه مثلاً بسبب التشوه الدائم ، أولاً ، وبسبب يبس المفاصل ، ثانياً ، وبسبب طول زمن العلاج والنقح الذي يحسب بالأشهر لا بالأسابيع ، ثالثاً . أما إذا عمد الجراح إلى الطريقة العملية فرفع الدم المنسكب ، وخلص طرفي العظم المكسور من الأنسجة المعرضة بينهما ، وضم الطرفين بسلك من الفضة أو بلولب أو بسمار فيكون النقح أقرب ويحفظ العظم طوله ، ويتيسر تدليك العضلات والمفاصل أعلى الكسر وأسفله مما يحول دون الضمور واليبس

أما الأحوال التي تليق للعمليات فتختلف حتماً باختلاف رأى الجراح المعالج في تبرير العمل ، لكن أغلب الجراحين متفقون على أن العملية ضرورية في الأحوال الآتية :
(١) كسور العظام الصغيرة أو التواءات التي لا يتيسر تثبيتها بالأجهزة المختلفة ، والتي يكون التحامها بغير عملية بطيئاً ناقصاً كعظم الرضفة والتواء المرفق للزند
(٢) والكسور الواصلة إلى المفاصل حيث تزوغ الشظايا ك انفصال التواءات اللقمية من عظم الفخذ أو العضد

(٣) والكسور في جسم العظام الطويلة التي تكون منحرفة أو حلزونية ، ومصحوبة بتراكب عظيم والتي تكون فيها الأطراف المكسورة حادة داخلية في الأنسجة العضلية أو غيرها . ففي هذه الأحوال كثيراً ما يصعب رد الكسر رداً جيداً حتى بعد شق الأنسجة ويكاد يكون ردها رداً جيداً مستحيلاً بغير عملية

ومن ذلك يتضح أن العلاج العملي بالشق على الأنسجة المصابة ، وتثبيت الشظايا تثبيتاً قوياً بصفائح معدنية أو مسامير ، أو مناطق قاسية لعلاج الكسر ضمن طريقة لجبره بغير تشوه على أن يكون الجراح صناعاً خبيراً حاذقاً . فمن مزايا هذه الطريقة ، عدا إحكام الشظايا في موضعها الأصلي ، استعمال جبائر أقل صلابة ، والتبكير بالتدليك والحركات ، وابتقاء القروح الناشئة عن استعمال الجبائر زمنًا طويلاً . لكن يحول دون شيوع علاج الكسر بالعملية ظروف كثيرة ؛ منها أن يكون الجراح على دراية عظيمة

بهذا النوع من العمل ، كما أسلفنا ، ومنها أنها تقتضى الطهر التام والنظافة بأوسع معناها الجراحي ، ومنها أن الجراح يحتاج الى مساعدين لا يقاؤون خبرة عنه . ولتعلم أن التلوث خطر حقيقى يجب اتقاؤه

وهناك ظرف آخر أقل شأنًا مما ذكر ، وهو احتمال حدوث ألم مستمر عقب عملية تصفيح الكسر . لهذا كان من الضرورى تقييد الجراح الخبير فى علاجه الكسر بهذه الطريقة ، فلا يعالج بها الا الأحوال التى ذكرت

وعلى الجراح أن يعجل بالبت فى الطريقة التى يريد اتباعها فلا يعالج الكسر بالجباثر ، أولاً ، فاذا لم يصل الى نتيجة مرضية لجأ الى العملية . فمن الخطأ أن يسير الجراح بهذا الشكل ؛ لأن من دواعي النجاح فى العلاج العملى للكسر التعجيل بالعملية ولما يتكوّن الدشبذ والالتحام

كسور الرضفة

تنكسر الرضفة إما بالمجهود العضلى وإما بعنف واصل ، وتختلف الإصابة باختلاف السبب مما يحتم شرح كل نوع على حدة

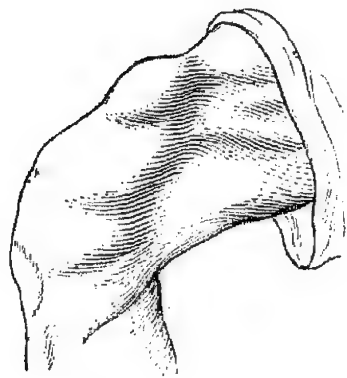
(١) كسور العنف الواصل - قد تخترق العظم فى أى اتجاه ، لكنها تكون غالباً عمودية أو نجمية الشكل ، مصحوبة بتفتت . والمعتاد أن يتألف الكسر من صدوع بدون زيفان بسبب سلامة الصفاق أو محفظة العظم . ويصحب الإصابة قروت شديد تحت الجلد ، وشئ من الانسكاب فى المفصل ؛ ويمكن الشعور بالصدع بالجلس بعناية وادراك الحشخشة أحياناً

العلاج - إراحة العضو على جبيرة خلفية ، واستعمال الوضعيات الباردة . ولا بد من التذكير بالحركات القسرية إذا كان الانسكاب الدموى فى المفصل شديداً وقلما نضطر إلى العملية

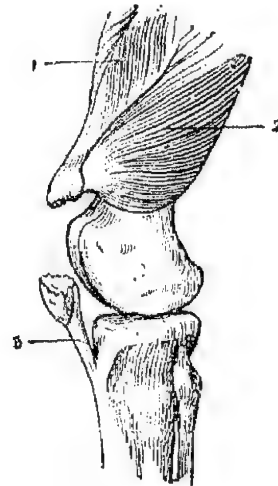
(٢) كسور المجهود العضلى - تكون دائماً مستعرضة ، وغالباً كاملة ، ويصحبها زيفان عظيم بسبب تمزق الصفاق الليفى

طريقة الكسر - حين انثناء الركبة نصف انثناء، تعلو الرضفة مقدم لقمتي الفخذ، وترتكز على منتصف السطح المفصلي : فاذا انقبضت العضلة المربعة الفخذية انقباضاً عنيفاً فجائياً، والركبة في هذا الوضع، كأن يحاول الانسان أن يسترد توازنه وقد زلّ أو زلق، أخذت الرضفة على غرّة منكسرة. وربما مهد لهذا الكسر، في بعض الأشخاص ضعف سابق لأنه ليس من النادر أن يشاهد الانسان انكسار الرضفة الأخرى بعد الأولى بزمن. وقد يقسم الكسر العظم قسمين متساويين (شكل ٤)، لكن الأغلب أن تكون الشظية السفلى أصغر. وقد تنكسر احدى الشظيتين كسراً عمودياً أو تفتتياً

العلامات - هي فقد القوة، والألم، وامتلاء المفصل بالدم، وانفصال الشظايا كما يدرك بالجلوس (شكل ٥). وهذا الانفصال ناشئ عن التأثير العضلي غير المقاوم، ويصحبه دائماً تمزق في الاستطالات الجانبية للعضلات المتسعة وقلما يتم الالتحام العظمي بدون عملية بسبب انفصال الشظايا، وتوسط قطع الصفاق الليفي أو المحفظة التي تمزق في مستوي يختلف عن مستوى الكسر، والمعتاد أن يحدث الالتحام الليفي، ولا بأس به لو كان قصيراً متيناً، ولكنه يطول مع استعمال المفصل، فتفصل الشظيتان



(شكل ٥)
منظر الركبة بعد كسر الرضفة

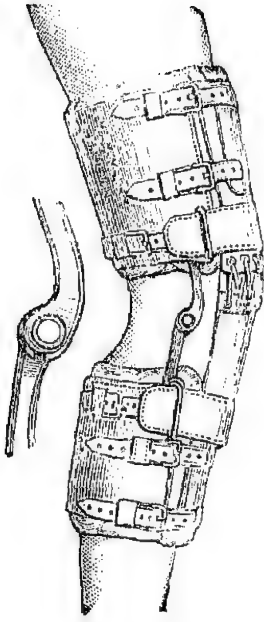


(شكل ٤)
كسر عظم الرضفة مصحوب بانفصال الشظيتين

- ١ - العضلة المستقيمة
- ٢ - العضلة المتسعة الوحشية
- ٣ - الرباط الرضفي

الواحدة عن الأخرى بجسر من المنسوج اللينى ، مما يجعل المفصل ضعيفاً مفقودة فيه قوة البسط الذاتي

العلاج - يعالج هذا الكسر إما بالأجهزة الضابطة ، وإما بعملية تحت الجلد ، وإما بعملية مفتوحة



(شكل ٦)

جبيرة للرضفة المكسورة
تستعمل هذه الجبيرة بعد
التحام الشظية العليا والسفلى
التحاماً ليفياً . ويمكن زيادة
درجة الالتئام تدريجاً في
المفصل الفولاذى الذى الى
كل جانب . ولا يمكن أن
تلتئى الركبة ، عند العثرة ،
أكثر مما هو مناسب ، فلا يمكن
أن يتدد الالتحام الالى أو
يتزق . ولتسهيل بسط العضو
ترى رباطاً متيناً مرناً يصل
بين الجزء العلوى والسفلى
من مقدم الجبيرة . وهذا
الرباط قابل للضغط . ويساعد
كثيراً العضلة المربعة الفخذية
الضعيفة

(١) تستعمل الأجهزة الضابطة البسيطة اذا كان الانفصال
بين الشظيتين قليلاً ، وكان تقريريها ممسكاً بسهولة ، وكان
المصاب غير لائق للعملية

بعض الجراحين يعتمد على جهاز الجبس لضبط الشظايا
فتبسط الساق ، اذا لم يكن فى المفصل الا انسكاب قليل ،
ويلف الطرف برباط بوريكى ، ويوضع فوقه جهاز الجبس
بطريقة كروفت . ولا بد من تجديد الجهاز بعد أسبوع أو
عشرة أيام لاسترخائه بسبب الضمور العضلى . ويمكن
المريض فى الفراش ثلاثة أسابيع أو أربعة . ولا بد من التدليك
المنتظم للمحافظة على تغذية العضلات وتسهيل الالتحام . ولا
يسمح بثنى الركبة الا بعد سندها بجهاز كالذى فى (شكل ٦)
لتحديد الحركة . ويمكن ذلك بعد الاصابة بأربعة أسابيع ،
ولا بد من لبس هذا الجهاز سنة تقريباً . واذا كان هناك
انسكاب عظيم بعد الاصابة يوضع الطرف على جبيرة خلفية ،
ويبرد المفصل بكيس من الثلج أو بالوضعيات الباردة حتى
يتمص السائل ؛ ويصح أن يزل المفصل ، ثم يوضع جهاز
الجبس على نحو ما ذكر

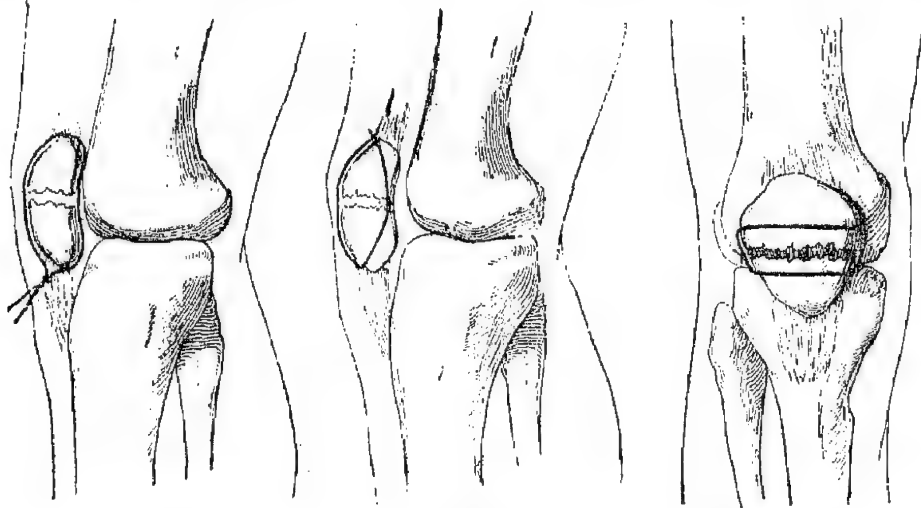
وهناك طريقة أخرى تشتمل على وضع الجبس على قطعة
كبيرة من جلد الخلد على مقدم الفخذ والسطح الوحشى منها
وممتدة الى منتصف الفخذ من الأعلى ، أما من أسفل فننتهى

بطرفين لعمل شد مرن . ويوضع الطرف على جبيرة خلفية بمسند قدمي فيه يثبت جهاز الشد المرن . ويعجل امتصاص الانسكاب بالبزل . ويسمح المصاب بالمشي بعد ستة أسابيع ، والطرف في جهاز من الجبس ، وبعد الحادثة بثلاثة شهور يمكن استعمال مسند الركبة (كما في شكل ٦) وفائدته تحديد الحركة ، أولاً ، وزيادتها ، بعد ذلك ، تدريجاً برّد مشبك . ويحتمل ألا نحصل إلا على التحام ليفي بهذه الطريقة ، مما يكون متيناً اذا أعطى الوقت الكافي لكي يشتد صلابة . وأقوى دليل على متانة هذا الالتحام الليفى أن العظم اذا انكسر مرة ثانية كان الكسر فى المنسوج العظمى لا فى المنسوج الليفى ولئن كان المصاب مضطراً الى الجرى الى معاشه فمن الضرورى جبر العظم بأقرب ما يمكن مما لا يتيسر إلا بعملية

(٢) وهناك عمليات مختلفة تعمل تحت الجلد لاتقاء الخطر الموهوم من فتح المفصل وأقرب هذه العمليات الى الصواب طريقة باركر (Barker) الذى يربط الشظيتين بسلك من الفضة (شكل ٧) . تعمل فتحة فى المفصل بقاطع الوتر أسفل الشظية السفلى ، ويستخرج الدم المنسكب ، أو السائل الزلالى المفصلى خلالها ، ومنها يدخل الجراح إبرة فتق منحنية تجتاز بالمفصل من الأسفل الى الأعلى وتخرج من الجلد أعلى الشظية العليا . وبذلك تحمل قطعة من السلك الفضى المعقم خلف العظم . ثم يدخل الجراح الإبرة من الفتحة السفلى أيضاً ، ويمر بها أمام العظم ، لكي تخرج من الفتحة العليا نفسها . ثم يدخل الطرف العلوى من السلك الفضى فيها ، وبذلك يخرج السلك من الفتحة السفلى ، ويكتشف العظم . وبشد السلك ولفه تتقارب الشظيتان . ويقطع طرفا السلك ويدفع تحت الجلد . ويوضع الطرف على جبيرة خلفية مدة أسبوع تقريباً وبعدها تعمل الحركات القهرية ، ويسمح للمريض بالمشي فى نهاية الأسبوع الثانى تاركاً كل أنواع الأجهزة فى نهاية الأسبوع الخامس

(٣) أما العلاج بالطريقة المفتوحة التى عضدها اللورد استر وحسنها فأفضل بلا شك لتيسر استئصال الشذرات الصفاقية التى تتوسط الشظيتين . وقد يكون من الصواب تأخير العملية بضعة أيام يسترد فيها المفصل تأثيرات الاصابة المباشرة

في هذه الطريقة تنزع شريحة من الجلد على شكل نعل الحصان الى الأعلى لكي يتعرض العظم المكسور . وينظف المفصل من الجلط الدموية ، والسطوح العظمية من الجلط والشذرات الليفية التي تكون ملتصقة غالباً . ويعمل مجرى للسلك بالثقب ، تمتد



(شكل ٧)	(شكل ٨)	(شكل ٩)
خيطة الرضفة المكسورة	خيطة الرضفة بعملية	وضع السلك الفضي
بخيطة تحت الجلد	مفتوحة بطريقة لستون	للرضفة المكسورة
بطريقة باركر		بطريقة هاملتون

من الطرف العلوى أو السفلى ، خلال منتصف العظم الى السطح المكسور أمام الغضروف المفصلي مباشرة (شكل ٨) ؛ فاذا خرج المثقاب في مستويات مختلفة على وجوه الشظايا ، فلا بد من قرض العظم أو الغضروف لتهيئة مجرى للسلك لكي تكون الشظيتان في مستوى واحد ، والغضروف المفصلي بانتظام . ثم يسلك السلك الفضي المعقم بالسلك المناسب في المجرى ، وتحكم الشظيتان ، ويلف السلك مكوناً عقدة أو عروة تدفع في المنسوج الوترى أو السمحاقى الذى يعلو الشظية العليا لكي لا يكون بارزاً تحت الجلد فيهيجه . وقد نحتاج الى سلك آخر لمنع دوران الشظايا . ويقل الجرح ، ويوضع الطرف في جبيرة خلفية . ويمكن الابتداء في الحركات القهرية بعد اليوم العاشر ، في الشخص السليم ، وقد يسمح للعصاب ، في نهاية الأسبوعين ، بالمشي في الأحوال البسيطة ؛ لكن من الصواب تثبيت الطرف مدة أطول من ذلك اذا كان الكسر مصحوباً بمضاعفات ، أو المصاب كبير السن

وقد يستحسن إدخال السلك مستعرضاً خلال الشظيتين (شكل ٩) على نحو ما رأى المستر هاملتون الليربولى (Mr. Hamilton of Liverpool) لأن تماسك الشظيتين يكون بذلك أشد متانة وأقوى ، ولأن السلك لا يتقلقل

وفى الأحوال المزمنة التى امتد فيها الرباط الليفى ، وبطلت فائدة العضو بطلاناً عظيماً ، لا يفيد المريض سوى العملية ، التى فيها يستأصل المنسوج الليفى ، وتجدد سطوح الكسر ، عند الضرورة بالمنشار ، ثم تقب لمرو السلك . ولإحكام الشظيتين لا بد من تخليص الشظية العليا من عظم الفخذ لأنها تلتصق بها غالباً ، ويلزم قطع العضلة المنسجمة قطعاً جزئياً لأنها تنكمش على الأثر . ولا بد من رفع العضو جيداً لارخاء العضلة المربعة الفخذية ، وتقليل التوتر على رباط الالتحام . ثم يخفض العضو شيئاً فشيئاً بالتدريج . وبذلك تتمدد العضلة لمناسبة الظروف الجديدة

وإذا لم يتيسر تقريب الشظيتين مطلقاً فلا بد من اتباع الطريقة نفسها ، ويسمح للمريض بالمشى وبين الشظيتين عروة من السلك الفضى ؛ وبذلك تتمدد العضلة المربعة الفخذية فيرجى نجاح عملية تالية

ويحسن ، بعد أن أطلت الكلام فى كسور الرضفة ، أن أوضح لك الأغلاط الشائعة فى علاجها ، وأن أذكر بعض الملاحظات بشأن خياطة الكسور عامة بالسلك المعدنى : -

سمعت جراحاً شهيراً يقول إن جميع الكسور المستعرضة فى الرضفة يجب أن تعالج بخياطة الشظايا بالسلك . ولست على هذا رأى . لأن سبب عدم التحام الشظايا فى كسر الرضفة إذا لم يعالج بالثبوت بالخياطة هو انفصال طرفى الكسر مما ينشأ عن انجذاب الشظية العليا بالعضلة المربعة الباسطة . وهذا الانفصال لا يكفى لتعطيل الوظيفة فى المستقبل إلا إذا تمزق الصفاق المتين من جانبي الرضفة أيضاً مما لا يطرده دائماً . وهذا هو الاعتبار الوحيد الذى يجب أن نسترشد به . ولا شك أن الحاجة الى الخياطة تكون أقل إذا كان الكسر صدعاً ولم يتمزق سمحاق العظم كما يرى أحياناً

من ذلك يتضح أن التمزقات في التمددات الصفاقية الجانبية هي الاصابات الحقيقية التي تقتضى العلاج بالشق والخيطة ، وبغير هذه الطريقة لا تحدث الفائدة . ولتعلم أن الانفصال في الشظايا اذا تجاوز ربع القيراط كان دليلاً على التمزقات الجانبية مقتضياً الخيطة . أما إذا كان الانفصال أقل فهناك أمل باسترجاع كل الوظيفة بغير العملية وليس « التعبير بخيطة الرضفة بالسلك ^(١) » تعبيراً دقيقاً ؛ لأن الخيطة ليست أهم جزء في العملية . هذا الى أن السلك ليس بأفضل مادة لخيطة العظم . ولكن هذه التسمية مقبولة ومناسبة لا ضرر منها اذا عرفنا أن خيطة التمددات الصفاقية هي أهم خطوة في العملية

ولا بد أن يكون الشق للعملية منحنيًا ، وأن ترد الشريحة الى الأعلى لظهور الميدان وقد رأى بعضهم مريضاً بناصور على رضفته ، وكانت قد خيطت بالسلك وكان شق العملية رأسياً في متوسط العظم ، وكانت أطراف السلك أسفل خيطة الشق مباشرة مما أحدث الناصور . فلم يكن الشق كافياً لتوضيح ميدان العملية ، ولم تكن الخيطة في الموضع المناسب ؛ إذ يفضل وضع السلك في حافات العظم حيث يكون بعيداً عن الضغط ويرى البعض ألا يستعمل السلك مطلقاً . فالسلك الفضى ليس متيناً ، وقد ينكسر في أثناء لى أطرافه ، أو في أثناء عمل الحركات . وان لم يلف كلا الطرفين ، كما يحدث أحياناً ، فقد ينزلق الطرف المستقيم من الطرف الملفوف ولا يتم التثبيت . هذا الى أن السلك نفسه اذا أحكمت لفة فقد يقطع العظم الاسفنجي اذا لم يكن الثقب بعيداً عن الحافة . وعلى ذلك يحسن استعمال مادة أخرى أقل صلابة من السلك لخيطة العظم كالحرير أو الكاتجت المتين وإلا فالسلك النحاسى خير من السلك الفضى

خيطة العظام الأخرى

قد شوهدت أحوال غريبة عقب محاولة تثبيت شظايا العظم المكسور بالسلك . وأغلب هذه الأحوال تشوهات زاوية ناشئة عن وضع السلك في سطح واحد من العظم

(١) خيطة الرضفة بالسلك ترجمة Wiring of the patella.

المكسور فلا يستطيع أن يحفظ الشظايا في المحور الصحيح . ولعل الخطأ ينشأ عن الشقوق المستقيمة التي لا توضح الميدان جيداً

يبس المفاصل عقب الكسور

قد مر بآ أن المفاصل المجاورة للكسر قد يعتريها شيء من اليبس . والمعتاد التغلب عليه بالتدليك والحركات . وقد يصادف أن المداك لا يجد شيئاً من الحركة في المفصل لكن يجول به في مجال أوسع . وقد يرى ، وقتئذ ، تحريك المفصل قسرياً ، بعد تخدير المريض ، لأنه إذا وجد شيء من الحركة يمكن زيادته بالتحريك المتكرر والتدليك ، بعد ذلك ، بغير تخدير . والذي عليك ، أن تعرفه ، أيها الجراح ، أن العظام ، في أحوال الانكيلوز التام ، تكون ضامرة من بطلان الوظيفة سهلة الكسر . وكثيراً ما يتهيب^(١) العظم والجراح يحاول تحريك المفصل تحت التخدير

وقد ينكسر العظم في غير موضع الكسر . وأخص ما يكون ذلك في عظم الرضفة في أثناء تحريك مفصل الركبة تحريكاً غشيماً بقوة . وعليك أن تلاحظ : -
(١) اتقاء الذي تحت التخدير ، وعدم الالتجاء إليه إلا بعد فشل الوسائل الأخرى ، كأن يوضع الطرف ، في حالة يبس مفصل الركبة ، على كيس من الرمل يوضع أعلى الركبة مباشرة ، فتتدلى الساق بثقلها مثنية

(٢) والاحتياط الآخر هو الاكتفاء باليسير من الحركة التي نحصل عليها . وإياك أن تطمع في تحريك المفصل حركاته كلها . فإذا أمكن الحصول على حركة بسيطة تمكن المداك من الاعتماد عليها وتنشيطها بالتدليك . هذا إلى أن القليل من الحركة في المفصل يقوى العظام ويحسن حالتها فلا تعود سهلة الكسر إذا رأى الجراح أن يلجأ أخيراً إلى استعمال القوة في التحريك تحت تأثير المخدر

(١) تهيب العظم تهيباً وانهاضاً أيضاً إذا انكسر بعد الجبور

قروح الجبائر

تنشأ هذه القروح عن ضغط الجبائر ضغطاً متواصلاً ، وهي متعبة جداً . وكثيراً ما يصادف الجراح قروحاً تحتاج الى وقت أطول مما احتاجت اليه الاصابة الأصلية . وتتقى هذه المضاعفة بقليل من العناية .

شلل الجبائر

قد يشاهد هذا الشلل في الكسور التي تكون ، على الأخص ، حول المرفق ، وينشأ عن ضمور عضلي^(١) عن احتباس الغذاء الدموي الشرياني في الطرف عن ضغط الجبائر والربط الغشيم المحكم . ومن النادر مشاهدة هذه المضاعفة ، الآن ، بعد معرفة سببها ، واتقائه

الفصل السابع والعشرون

التشوهات

تمتاز جراحة التشوهات بشيء ، ذلك أن قواعد الوقاية التي تذكرها كتب الجراحة بالتفصيل لا يلتفت إليها عملياً في المداواة
أما أغلاط العلاج فيحسن ذكرها مع هذه القواعد العامة التي كثيراً ما تفوت الطبيب في عمله

ينشأ أغلب التشوهات الجراحية عن سبب أو أكثر من الأسباب الآتية :

(١) عيوب عضلية ، وخاصة فقد توازن عضلة

(٢) يئس المفاصل عن

(أ) انقباض عضلي عن خمود مزمن

(ب) انكيلوز (ليفي أو عظمي)

(٣) آفات العظم وأمراضه

العيوب العضلية

إن الضعف العضلي وحده ، بغير شلل حقيقي ، سبب أحوال كثيرة تستدعي اهتمام جراحي التشوهات في الطفل . وأحسن مثال لذلك القدم الرحاء ^(١) . فلنحسب أن طفلاً قد طال مرضه ولزم الفراش في أثناء المرض . فعضلات بطن رجليه (سمانة الساق) تصبح ضعيفة فاقدة القوة ، فاذا تماثل ، وابتدأ في المشي فانها لا تقوى على سند قوس القدم ولا تتساوى مع ثقل الجسم فيزول تقوس الأخمص . هذه الحقيقة أو القاعدة تمر بغير ملاحظة فترى الطفل ، وهو يحجل في مشيته ، ولا يستطيع أن يجري ، لأنه لا بد أن يضع عقب قدمه على الأرض مع كل خطوة . ولا يذهب الى الطبيب إلا أخيراً

(١) القدم الرحاء ترجمة Flat-foot

بعد فوات زمن الإصلاح ؛ إذ يكون الطفل قد تعود الوضع الرحائي ، ولو أمكن الوصول الى شفاء الضعف العضلي المسبب فان المشية المميزة وعدم القدرة على الألعاب الرياضية قد يبتقيان . ولتعلم أن القدم الرحاء كثيراً ما تحدث بهذه الطريقة بغير أن تخطر ببال الطبيب

على أنه وان يكن زوال تقوس الأخمص في القدم الرحاء ، في المثال القياسي ، من ضعف عضلات بطن الساق التي لا تقوى على سند التقوس سندا كافياً إلا أن ضعف السند قد لا ينسب الى ضعف مرضي . فقد يكون عن اجهاد متوسط العضلات التي تعمل فوق طاقتها . وهذا هو ما يحدث في كسر عظمي القصبة والشظية الملتحمين بتشوه زاويّ وانقلاب القدم الى الخارج ، فسند تقوس الأخمص في مثل هذه الظروف يفوق طاقة أقوى العضلات

الالتواء الجانبي في العمود الفقري

والالتواء الجانبي في العمود الفقري مثال آخر للتشوه الناشئ عن الضعف العضلي فاذا عرفنا سبب الالتواء فلا بد أن يقصد العلاج في الحالة القياسية إلى استرجاع القوة العضلية ، ووقف سير التشوه ، وتحسين حالة الالتواء الذي حدث . والوقاية مفتاح النجاح ، ولذا يلزم معرفة الضعف العضلي قبل حدوث التشوه . وما معرفته بأصعب من معرفة الغدد الأنفية الحلقية والدرن في المفصل الفخذي الوري . والالتواء الجانبي كالقدم الرحاء ؛ كلاهما يمثل تشوهاً ناشئاً عن أن عضلات معينة ليست من القوة بحيث تسند ما يليه عاينها قوة الجاذبية من الثقل . على أن هناك ، أحوالاً أخرى لا يكون سبب التشوه قوة الجاذبية وانما يكون سببه تغلب فئة من العضلات على أخرى ؛ وهو ما يسمى باختلال التوازن العضلي وهذا الاختلال هو سبب القدم القفداء القفداء الحلقية ، وغيرها من التشوهات المختلفة الناشئة عن التهاب المادة السنجابية النخاعية المقدمة

الحنف أو اعوجاج القدم الخلقى

ينشأ الحنف الخلقى^(١) من ضعف العضلات الشظيية التي لا تقوى على مقاومة عضلات بطن الساق . ولهذا السبب تصير القدم قفداء فداء . ففي هذه القدم تطول العضلات الشظيية ، وتبقى كذلك ، مما يزيد لها ضعفاً ، لأن العضلات التي تبقى مشدودة بتأثير العضلات المضادة المتحركة فيها تضعف تدريجاً ولا تستطيع تأدية وظيفتها . وليس يقتصر الأمر على ذلك بل كما ازدادت العضلات الضعيفة تمدداً ازدادت العضلات المضادة قوة وقصراً ، فاذا ترك الاختلال وشأنه عاد يستحيل ارجاع القدم الى حالتها الطبيعية باليد . واذا زدنا اهمالاً تغير شكل العظام والأربطة الداخلة في مفصل رسغ القدم ومفصل عظام الرسغ . وهذه كلها مما تزيد صعوبة تقويم التشوه

فالعلاج لا بد أن يرمى الى معرفة ضعف العضلات الشظيية من مبدأ الأمر والعمل على اصلاح اختلال التوازن العضلي . ويتم هذا الغرض بعكس الظاهرة التي أحدثت التشوه ، وبعبارة أخرى ، تثبتت القدم بحيث تتوتر العضلات السليمة ، وتبقى العضلات الضعيفة في الحالة المضادة . ومن الصحيح ، أن تعرف أنه ليس من السهل جداً ، في الطفل ، الوصول الى هذا الغرض أو تثبيت القدم في الوضع المطلوب . ولكن الجراح يمكنه أن يصل الى ذلك بهيمته ، ونشاطه ، وإخلاصه في عمله ، وتجاربه

ولقد عرف ابقراط ما لربط الحنف الخلقى ربطاً قوياً وتثبيته تثبيتاً جيداً من التأثير النافع ، في هذه الأحوال ، ولا يسع الانسان الا الاعتقاد بأن اهمال الأطباء هذا التشوه في الأدوار الأولى إنما نشأ عن يأسهم من الوصول الى العلاج التام ، الذي

(١) يحسن ، من باب الشيء بالشيء يذكر ، أن أضع تشوهات القدم بالانكليزية وما استعملته

لنقلها الى اللغة العربية

Talipes or Club-foot.	الحنف أو اعوجاج القدم
Talipes Equinus.	القدم القفداء
Talipes Calcaneus.	الاعوجاج العقبى
Talipes Varus.	القدم الفداء
Talipes Valgus.	القدم الوكعاء
Flat-foot.	القدم الرحاء
Spastic Talipes.	الحنف التشنجي
Talipes Decubitus.	الحنف الاستلقاء

يقتضى خبرة واسعة ، ومثابرة متواصلة مما لا يتفق لكثير من المعالجين بسبب ضيق وقتهم ولعل ما ذكر هو السرف في كثرة عمليات قطع عظام الوتر ، وفي الالتجاء الى عمليات قطع عظام رسغ القدم أحياناً ، وهلا ترى ، أيها الجراح ، ما حدث من التطور الغريب ، في علاج درن المفاصل والعظام ، في هذا العصر ، فلم تعد تلجأ الى العمليات الكبيرة ، في هذه الأحوال ، إلا نادراً ، ووقتئذ تحسب عليك هذه العمليات عيوباً في عملك ؛ لأنها اعتراف منك صريح بفشلك النهائي في العلاج الأولى فشلاً لا يبرره عذر ولو من الأعذار التي تكون أقبح من الذنب . وحبذا لو وصلت جراحة التشوهات الى هذه الدرجة من التقدم

والملاحظات التي ذكرت علاجاً للحنف الخلقى تنطبق تماماً على الأحوال المصابة بالمرض المعروف بالشلل الطفلي . فقلما يكون الشلل كاملاً في هذا المرض ، ويمكن الوصول الى درجة عظيمة من الشفاء واتقاء التشوه بالعمل على تقوية العضلات الضعيفة المتمددة ، وبالمحافظة على دفتها ، وبرياضتها رياضة لا تكون فوق طاقتها واليك غلطتين ربما كانتا شائعتين : -

رأى أحد الجراحين صبيّاً مصاباً بارتخاء في القدم^(١) جاءه عقب التهاب المادة السنجابية النخاعية المقدمة^(٢) فأخبرته الأم أن الصبي يعالج بالتدليك والرياضة . وباستفهام الجراح عن نوع الرياضة أخذ الصبي يمشي على أطراف أصابعه ؛ وأنت عليم أن هذا النوع من الرياضة لا يستعمل إلا ارادة ارجاع التوازن العضلي ، وان لم يستعمل بحق لهذا الغرض فضرر المريض قريب

أما الغلطة الثانية فهي استعمال جهاز يفوق طاقة الطرف الضعيف ارادة مقاومة التشوه . فالصواب رياضة العضلات الضعيفة الى حد طاقتها ، أما تجاوز هذا الحد فتجاوز الصواب لما يحدث عنه من الضرر

وقد ينسى أن اختلال التوازن العضلي عامل على توليد التشوه ليلَ نهار ، صباحَ مساءً ، وهذا مما يستدعى عدم اهمال العلاج ليلاً . فليس يكفي مثلاً ، في القدم القفداء

(١) ارتخاء القدم ترجمة . Foot drop

(٢) التهاب المادة السنجابية النخاعية Anterior poliomyelitis

القدعاء^(١) أن يأمر الجراح بجهاز من الحديد يسير من الجلد بشكل T وبنابض^(٢) لرفع القدم يلبس نهاراً ، ويترك ليلاً فتترك العضلات المشوّهة تعمل عملها ليلاً . وبعد أن يستغنى عن جهاز المشى يجب استعمال جبيرة من المعدن أو جبيرة من الجبس لحفظ القدم في الوضع المقوم ، وذلك مباشرة عقب الاستغناء عن الجهاز وبمناسبة الأجهزة الحديدية التي تستعمل لتقويم التشوهات والتي تثبت في مؤخر حذاء المريض أرى من الضروري أن أذكر أن هذه الأجهزة لا تؤثر في القدم إلا بواسطة الحذاء ، وإن لم تكن محكمة الوضع في الجهاز من جهة ومحكمة على القدم من الجهة الأخرى ضاعت فائدة الجهاز أو كادت

وقبل ختام هذا الموضوع يحسن أن أكرر القول بأن من الممكن اتقاء التشوه في جميع أحوال اختلال التوازن العضلي بمساعدة العضلات الضعيفة مساعدة دائمة متواصلة . وأن من العيب العائب في الجراحة ، ومن الفضيحة الفاضحة للجراح ، أن يلجأ الى قطع الوتر ، أو قطع عظام رسغ القدم ، مما لا يمكن أن يحسب عمليات نهائية ومما لا يمكن أن يشفى اختلال التوازن العضلي . وحسبك أن تعرف أن فائدة قطع الوتر أو قطع عظام الرسغ لا تتجاوز القيام باصلاح تأثيرات الاهمال الماضى اصلاً بطريقة غير مرضية ، هذا الى أنه لا يمنع الحاجة الى استمرار العلاج

اما بشأن قطع الأوتار التي تنشط القدم فلا علم لى بشيء من الحوادث إلا ما سمعته عن اصابة الشريان الفخذى في أثناء قطع وتر العضلة المقربة للفخذ قطعاً تحت الجلد . ولا شك أن العصب المأبضى الوحشى قد أصيب في أثناء قطع وتر العضلة ذات الرأسين . وقد اخترعت عملية قطع الوتر تحت الجلد في أيام جون هنتر^(٣) تقريباً . وكان الغرض منها قطع الوتر بغير أن يواجه الانسان خطر العقونة أو تلوث القطع . أما الآن فلا شأن لهذا الخطر . وإنه وان تكن للعملية تحت الجلد مزايا ومنافع إلا أنها لا تعادل الخطر الذى تتعرض له بعض الانسجة المجاورة جليئة الشأن التى ينشأ عن اصابتها ضرر عظيم

(١) القدم القدعاء القدعاء هي Equino-varus . (٢) النابض هو الزنباك

(٣) John Hunter .

قطع العظام

لقطع العظام مضاره . ولا يزال أحد الجراحين يذكر ما حدث له ذات مرة ، وقد قطع عظم الفخذ أعلى القمتين في حالة العصل ، وهي ذكرى مؤلمة ، ذلك ان الجراح بعد عمل العملية اضطر الى التخلف عن اتمام العلاج بعدها بسبب مرض طويل فوضع القائم بعمله في أثناء غيابه الساق في الجبس وأخرج المريض من المستشفى . ولما عاد الجراح الى عمله ، وعاد المريض اليه رأى أن العظم قد التحم تماماً ، وأن التشوه بقي كما هو قبل العملية

ويرى الجراح نفسه أن الجبس من الوسائل الخطارة لتثبيت العظام التي يقطعها الجراح أو يكسرها اذا لم يضعه خبير حاذق ، فكثيراً ما نرى عقب استعماله تشوهات غير منتظرة بعد رفع غلاف الجبس ، وكثيراً ما نرى العظام غير ملتحمة أيضاً . أما عملية قطع العظم نفسها فليست صعبة لكن هناك أغلاطاً معينة قد يقع فيها الجراح في أثناء عملها . من هذه الأغلاط ، وأقلها شأنًا قطعك العظم في اتجاه منحرف بغير قصد ، أى قطعك العظم قطعاً غير عمودى على محوره الطويل . ومنها استعمال قاطع العظم كمخل أو عتلة^(١) لاتمام كسر عظم لم يتم قطعه ، فقد شاهد بعضهم جراحاً وهو يقطع عظم الفخذ أعلى القمتين في حالة العصل^(٢) فدفع الجراح القاطع الى عظم الفخذ جيداً ، وحاول اتمام قطع العظم باستعمال القاطع كعتلة . فكسر ، اسوء الحظ ، سلاح القاطع . فقاسى ما قاسى لاستخراج السلاح المكسور وقد لزم عليه العظم ومن الأغلاط اتلاف بعض الأنسجة الرخوة المجاورة بحافة القاطع العريض ، في أثناء قطع العظم ، أو بارساله خلال الطرف بطريقة بالمطرقة . ولست اذكر حادثة من هذا النوع بالتحقيق ، لكن الخطر ليس وهمياً

(١) المخل أو العتلة ترجمة Lever

(٢) Genu Valgum

سوء وضع المفاصل

سوء وضع المفاصل عقب الالتهاب المفصلي من عيوب الجراحة العصرية فقد شاهد جراح فتاة كانت أصيبت بالتهاب مفصلي تحت الحاد في المفصليين الفخذيين الوركين ، وشفيت ، والمفصليان يابسان فيهما انكيلوز ، والفخذان في حالة انثناء حاد ، بينهما مبعدة ، ويسراهما مقربة ، فأما تباعد الفخذ اليمنى فقد أفضى إلى العصل^(١) ، وأما تقريب الفخذ اليسرى فقد أفضى إلى الفحج^(٢) فقطع الجراح العظمين قطعاً أسفل المدور العظيم ، وبعد حين قطع العظم الفخذى الأيمن قطعاً أعلى القمة لعلاج العصل وبذلك تمكنت الفتاة من الوقوف ، والتتقل بساقيها من مكان الى آخر . فهلا ترى أن هذه التشوهات إنما حدثت من الإهمال في أثناء علاج المرض الأصيل ، وإن هذه العمليات لم تكن ضرورية إلا للتخلص من هذه التشوهات . والحكاية من أحسن الأمثلة لإهمال شائع ، وهو عدم وضع المفصل المتهب في انسب الأوضاع حتى إذا ما حدث الانكيلوز كان الضرر أقل مما إذا حدث الانكيلوز والمفصل في وضع غير مناسب وسر النجاح في علاج لين العظام من مرض مثل نخر العمود الفقارى واعوجاج القصبة من الكساح هو شفاء المرض الأصيل واتقاء التشوه . وليس عندي ما أقوله بشأن التشوهات والضعف وعطل الوظيفة وما إلى ذلك مما تسهب فيه كتب جراحة تشوهات العظم في الأطفال سوى « الوقاية - الوقاية - الوقاية »

نقل الوتر

كثيراً ما أثار على بعضهم بعملية نقل جزء من وتر عضلة سليمة إلى عضلة ضعيفة علاجاً لبعض تشوهات معينة . ولعل هذا مما يسمح لى أن أذكر أننا إذا أردنا إجراء هذه العملية فعلياً أن نزيل التشوه ونتجاوز التقويم أولاً

(١) العصل عيب يتباعد فيه الكعبان إذا تقاربت الركبتان ، والرضفتان متجهتان إلى الامام ، وبعبارة أخرى هو تباعد الساقين تباعداً ثابتاً عن الخط المتوسط يصحبه انقلاب إلى الخارج ترجمة Genu Valgum.

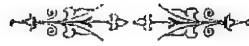
(٢) الفحج تباعد الركبتين تباعداً ثابتاً وتقارب الخُلُطين ترجمة Genu Varus.

ترقيع العظم

أهم شيء في هذه العملية اتقاء التلوث ، ولا حاجة الى التطويل في هذا الأمر لأنه من الأوليات . أما الأمور التي يمكن الكلام فيها فأهمها ضرورة تثبيت الطعم حتى لا يتزحزح من مكانه

وقد يصادف عند قطع الطعم العظمى بالطريقة الاعتيادية من القصبة ، وعمل الشقوق المستطيلة المتوازية وقطع أطرافه ، أن يطير الطعم فيقع على الأرض . وقد قيل لي إن خير ما يعمل ، وقتئذ غسل الطعم ، واغلاؤه مدة خمس دقائق ، إذ يصير بعد ذلك صالحاً للاستعمال . وذات مرة جهز أحد الجراحين طعماً طويلاً من القصبة ، ووضعها في قطعة من السابري (الشاش) ، ووضع القطعة في قدح ثم أخذ يهيئ له مكانه . وبينما هو يفعل ذلك أخذت إحدى الممرضات القدح وقذفت ما به في جردل خاص بنفاية العمليات . وانه وان يكن الطعم قد استرجع إلا أن الجراح لم يجرؤ على استعماله ونعماً فعل

وقد يحسن أن أبدى شيئاً بشأن الخطر الذي يعقب استئصال ظنبوب الساق للحصول على طعم عظمي ؛ فقد يميل الجراح لأخذ الطعم من هذا الموضع لسهولة . وخطر هذا العمل اضعاف القصبة وتعريض المريض كسرها بأدنى عنف



الفصل السابع والعشرون

التهاب المفصلي

سأقصر الكلام ، ههنا ، على مفصل الركبة ؛ لأنه من اكبر المفاصل وأكثرها إصابة وكل ما يقال من الملاحظات ينطبق غالباً على أى مفصل آخر
ويقسم الكلام ، فى هذا الموضوع ، ثلاثة أقسام : (١) التهاب الغشاء الزلالى العارضى الطاهر ، (٢) والتهاب الغشاء الزلالى الذاتى بغير تلوث ، (٣) والالتهاب المفصلى العفن

(١) التهاب الغشاء الزلالى العارضى الطاهر فى الركبة

(أ) التشخيص

قد يخيّل لى أن ميدان الكلام فى تشخيص التهاب الغشاء الزلالى العارضى غير واسع ويظهر أن الموضوع بسيط . وطالما كانت البساطة فى الظاهر موطناً للزلل . والحقيقة ضرورة الحرص التام والعناية العظيمة . ولنأخذ ، مثلاً ، مريضاً استشار طبيباً لوجود ورم وألم فى مفصل الركبة ، ونسبهما لإصابة نالتة فى أثناء نزوله من عربة ، منذ اسبوع . كان التهاب الغشاء الزلالى واضحاً ؛ وهناك تاريخ باصابة ، ولذا يقول غير الحريص من الجراحين إن المريض مصاب بالتهاب فى الغشاء ويعالجه على هذا الزعم وبعد أسبوع شك المريض من ألم وورم فى إحدى خصيتيه مما بين أنه مصاب بالتهاب برنجى سيلانى ، وإن يكن للعارض بعد ذلك شىء من التأثير فهو لا شك تأثير ثانوى أما السبب الأسمى والمهم فهو العدوى السيلانية . ولا ريب فى أن الفحص عن البول فى هذه الحالة كان يوضح الشذرات البيضاء التى تظهر فى السيلان ، ويرشد الى حقيقة الإصابة فى المفصل . واتضح أخيراً أن تاريخ العارض غير معين ؛ فلم يسقط المريض على الأرض ، ولم يلتفت الى شىء من هذا النوع وكثيراً ما يرى الجراح الدقيق فى الفحص أحوال الالتهاب المفصلى العظمى ،

والدرن المفصلي ، والسفلس المفصلي ، والسيلان المفصلي ، والروماتزم ، يرى كل ذلك وهو يتوارى خلف التهاب الغشاء الزلالى العارضى

أما نوع الاصابة الذى يكون فى مريض معين مصاب بالالتهاب المفصلي العارضى فلا حيلة لنا غالباً الا التخمين فيها فقد يكون فى المفصل تمزق فى الغضروف الهلالي . ولا سيما الغضروف الانسى ، وقد يكون اعتقال زائدة من الغشاء الزلالى بين عظم الفخذ وعظم القصبة . وقد يكون شيئاً آخر . فان تركنا هذا الشك فى نوع الاصابة الحقيقى فاحوال الالتهاب المفصلي العارضى تكون فئة متجانسة للاعتبارات الاحصائية

الفحص عن المريض

لا بد أن يكون الفحص الاكلينيكي نظامياً كاملاً . فليس يكفي فحص الجراح عن المفصل المصاب ، بل لا بد من الفحص عن المريض كله . أما من جهة تاريخ المرض فلا بد أن يكون واضحاً وضوحاً تاماً باصابة فجائية ، مؤلمة ، شديدة شدة كافية تجعل مفصل الركبة الذى كان سليماً إلى وقت الاصابة مثوفاً ، ثم يظهر عليه ورم فى بضع ساعات بعد الاصابة ، فاذا لم يكن تاريخ العارض واضحاً كأن يزعم المريض أن مفصل ركبته قد أصابه شيء بالتخمين لا بالتحقيق ، أو كأن يحدث الورم المفصلي فى المفصل عقب الاصابة بأسبوع أو أكثر فالأغلب أن الاصابة قد بينت مرضاً كان فى المفصل ولم يكن محسوساً . فانقال الركبة^(١) - ويقصد بذلك عدم القدرة على بسط الساق عقب الحادثة مباشرة - علامة جيدة على تلف غضروف هلالى

فاذا فرغ المريض من رواية تاريخه بالدقة سأل الطبيب عن سوابق الركبة ، بل وسوابق المفاصل الأخرى ، وعن صحته العمومية ، وعن أى انحراف مزاجي . فان كانت أجوبة المريض مرضية تتفق ونتيجة الفحص العام عمد الجراح الى الفحص عن المفصل المصاب . ولهذا الغرض يلزم تعرية الطرفين لكي تسهل المقابلة بينهما . وغالباً يترب الانسان أن يرى المفصل ممتلئاً بسائل وفى حالة اثشاء خفيف . وبالجس

(١) انقال الركبة ترجمة Locking of the knee

قد يشعر بزيادة الحرارة السطحية عن صنوه السليم ، وقد تكون فيه مضاضة ؛ ويجب ألا يكون ، هناك ، شئ من الذبول فى العضلات ، فإذا لم يكن هناك علامة على تجمع دموى واضح فالغوص بالضغط^(١) يدل إما على كسر ، وإما على العدوى ، وإذا كان الجلد أحمر اللون أو قائمه فليشتبه الجراح فى شئ أكثر من التهاب الغشاء الزلالى العارضى. وبمحاولة الحصول على التمزج يجد الجراح أن محفظة المفصل رقيقة لينة كالمعتاد مما يسهل الاستشعار بالتمزج فيخيل للإنسان أن السائل أسفل أصابعه . على أن هذا لا يطرد ، فى التهاب المفصل السيلانى أو الناشئ عن النيوموكوك قد يكون ، هناك ، انسكاب فى محيط المفصل مما يجعل المحفظة قاسية يابسة فتمحى علامة التمزج . وكذلك تنطمس وتبهتهم هذه العلامة فى التهاب الغشاء الزلالى الدرئى أو السفلى لارتشاح الغشاء الزلالى بالدرن أو السفلس

وإذا امتلأ مفصل الركبة بسائل بعدت الرضفة عن عظم الفخذ ، وهما متلامسان طبيعياً . وإذا كان الانسكاب مما يحدث عقب العارض مباشرة أمكن تحريك الرضفة من جانب إلى جانب ، وإذا دفعت إلى الخلف لامست عظم الفخذ بطريقة واضحة معينة . فإذا وجد انسكاب فى محيط المفصل فالرضفة لا تتحرك من جانب إلى آخر بسهولة ، وإذا وجد ارتشاح عجيبى فى الغشاء الزلالى فالرضفة لا تلامس عظم الفخذ بدفعها إلى الخلف بطريقة واضحة معينة . أما فى أحوال العدوى المتقدمة فقد تلتصق الرضفة بالعظم بالأضرار الحمية المتعضونة ، لكن هذه الأحوال المتقدمة قلما تلتبس بالأحوال العارضية

وليس من السهل وصف تلك الطرق التى تستخدم للفحص عن المفصل ؛ لكنها سهلة العمل والتنفيذ فيستفاد منها معلومات كثيرة

وهناك شئ جدير بالملاحظة . وهو أن الضغط على الغضروف الانسى الهلالى يكون مؤلماً غالباً ، وقد حسب هذا الألم علامة على إصابة الغضروف ؛ لكن هذا

الألم لا يدل على ذلك، لأن المضاضة في هذه النقطة توجد في أغلب أحوال التهاب المفصلي في الركبة

وقد يخيل لغير الخبير أن هذه الاجراءات والاحتياطات طويلة كثيرة . فليس نادراً أن يتغير التشخيص من التهاب في الغشاء الزلالي العارضى الى التهاب مفصلي تقيحي حاد . وليس نادراً أن يفتح الجراح مفصل الركبة لاستئصال الغضروف الهلالي التالف فيجد أنه مصاب بالتهاب مفصلي درني . وليس بعيداً أن يكون ، هناك ، تاريخ بعارض ، في مثل هذه الأحوال . والمغزى أن من الضروري جداً أن يحرص الجراح الحرص كله ويبدل أقصى ما في وسعه لاتباء ما عسى أن يقع فيه من الاغلاط في التشخيص

وههنا ، كما في أحوال الكسور واصابات العظام ، يجب أن يستعين الجراح بالأشعة وصورها ، ويحسن أن تؤخذ صورة الركبة المصابة والركبة السليمة ، وأن تؤخذ الصورة في الوضع الجانبي ثم في الوضع المقدم الخلفي

أغلاط التشخيص

إذا استراح المريض المصاب بزيغ في غضروف الركبة فقد يزول الانسكاب تماماً ، لكن يبقى انقفال المفصل وزيادة الحرارة السطحية . ولقد رأى هارولد باروز بضع أحوال بهذا الشكل ، فكان زوال الانسكاب في مشاهداته الأولية مما جعله يشك في صواب رأيه في التشخيص . ولقد ذكرت ذلك عظة وذكري للآخرين

وقد تكون الكسور منابع للخطأ . فكثيراً ما فات كسر الرضفة الجراح ولم يدركه مقتصرأ على علاج التهاب الغشاء الزلالي العارضى . وتجاوز الكسر أكثر ما يكون اذا لم تفصل شظاياه لعدم تمزق السمحاق والتمددات الصفاقية . ولتعلم أن من الممكن غالباً تشخيص الإصابة حتى بغير الاستعانة بالأشعة من زيادة الاحساس الحاد في الرضفة ومن الحركة الجانبية التي يمكن توضيحها بين الشظايا . ومن العلامات التي تدفعنا للاشتباه في الكسر الغوص بالضغط على الرضفة ، ووجود تجمع دموى ، أو تلون الجلد من الانسكاب الدموى في الأنسجة التي تحت الادمة

وقد يحدث الانسكاب المفصلي في الركبة عن كسر في عظم الفخذ، وربما كان هذا السبب مهملاً لا يقيم له الجراحون وزناً. وأكثر ما يكون الخطأ، ههنا، أيضاً، إذا كان الكسر تحت السمحاق خالياً من الزيت تماماً أو تقريباً. ولأذكر لك مثلاً: - تلميذاً تصالبت ساقه مع آخر وهو يلعب بكرة القدم فسقط على الأرض. ففحص عنه طبيبه، وحسب الإصابة التهاباً عارضياً في الغشاء الزلالي، وأخذ يعالجه على هذا الزعم. ولما كان المريض يعتريه ألم شديد لا يطاق إذا تحرك الطرف حركة خفيفة استدعى طبيبه جراحاً لاستشارته. فوجد أن المفصل ممتلئ بسائل. واتضح بالفحص الدقيق أن الألم الشديد إنما ينشأ عن تحريك الفخذ لا عن تحريك المفصل نفسه. فعملت له صورة بالأشعة واتضح منها أن التاميد مصاب بكسر تحت السمحاق في ملتقى الثلثين المتوسط والسفلي من عظم الفخذ لا يصحبه شيء من الزيت

فلتعلم أن كسور عظم الفخذ كثيراً ما يصحبها انسكاب في مفصل الركبة، وإن هذا الانسكاب ليس دليلاً على امتداد الكسر إلى المفصل، ولا دليلاً على أن المفصل قد ناله عنف مستقل

وليس يكفي لصواب الرأي في التشخيص أن تعرف أن التهاب الغشاء الزلالي في الركبة، في حالة معينة، قد يعقب الإصابة، بل لا بد من معرفة طبيعة الإصابة بالدقة، ومعرفة حالة الركبة قبلها. وليس يتسع المقام لذكر التشخيص التمييزي للإصابات المختلفة ولا لذكر تأثير الظروف السابقة من التهاب مفصلي عظمي وغيره

(ب) العلاج

لعلاج التهاب الغشاء الزلالي العارض في الركبة قاعدتان أساسيتان. فأما القاعدة الأولى فهي التغلب على انقفال المفصل إذا وجد، وأما القاعدة الثانية فهي إراحة المفصل المثوف

ازالة الانقفال

نقصد بانقفال المفصل عدم القدرة على بسط الساق من اعتراض قطعة زائغة من الغضروف، أو جسم سائب بين طرفي عظم الفخذ والقصبية، أو بين طرفي العظم ومحفظة أغلاط الجراحين (٣٣)

المفصل . ولا يمكن أن نصل الى الشفاء إلا بعد ازالة الالتفال إما بطريقة المصادقة ، وإما بطريقة معينة

وقد يحسب أن الالتفال موجود ؛ وليس كذلك ، كأن يكون بالمفصل انسكاب شديد في التجويف الزلالي ، وقتئذ تنوتر المحفظة وتصير صلبة ، وتلتنى الركبة بطبيعتها لأن التجويف المفصلي يكون أوسع في هذا الوضع ، فاذا حدث كل ذلك فلا يمكن بسط الساق . ويصونك من الخطأ جس الركبة وأنت تحاول بسط الساق . فالوقوف الفجائى فى الركبة الناشئ عن اتفالهأ يتميز بسهولة من الوقف التدريجى الناشئ عن الانسكاب فى محفظة متهبة . هذا الى أن المريض كثيراً ما يمكنه أن يحكم بنفسه واحساسه هل هذا الوقف ناشئ عن اعتراض شئ فى المفصل . ومما يساعد الجراح فى التشخيص دقة تاريخ الإصابة ؛ ففي الالتفال لا يستطيع المصاب بسط ساقه عقب الإصابة مباشرة وقبل حدوث الورم فى الركبة

ولعلاج الالتفال علاجاً مرضياً لا بد من تخدير المصاب وذلك لسببين ؛ أولهما ان العلاج مؤلم بغير مخدر ، وثانيهما سهولة التحقق من ازالة الالتفال

وطريقة العلاج هى ثنى الساق على الفخذ بأقصى ما يمكن لجذب القصبية وعزل السطوح المفصالية ثم ادارة الساق الى الوحشية والأنسية ثم بسط الساق . فاذا لم يتم الرد بهذا العمل تعاد الطريقة بدرجات مختلفة من الاثناء والادارة

ومن الغريب أن هذا الالتفال كثيراً ما يفوت الجراح . ويقول بعضهم انه رأى مريضين مصابين بالالتفال فات على الأول منهما شهر ونصف وفات على الثانى ثلاثة أشهر . وزعم أن الالتفال وجد ولم يشتبه فيه ، أو على الأقل لم يحاول المعالج علاجه . وكانت النتيجة أن الالتفال أصبح لا يمكن ازالته إلا بعملية اذا كان من الضرورى استرجاع وظيفة العضو

اراحة العضو

لا بد من الراحة لمفصل الركبة المثوف لعلاجه علاجاً صحيحاً ، ولا بد من تهئية الراحة ما دام الورم ، وما دامت زيادة الحرارة والعلامات الأخرى الدالة على الالتهاب إلى

أن يستطيع المصاب تحريك المفصل بغير ألم . وتقصّد بالراحة التامة امتناع كل الحركات ما عدا ما قد يضطر اليه الجراح من تحريك المفصل المؤف ، من وقت إلى آخر ، لاتقاء اليبس والاتصاقات في المستقبل . لكن الاتصاقات المتعضونة كسائر الأنسجة الالتحامية ، تحتاج إلى وقت معين تتكون فيه ، ومن الصواب عمل ما يلزم من الحركات التي تحول دون حدوثها تحت ملاحظة الجراح نفسه . هذا هو الغرض الاسمي الذي يجب ان يسعى اليه الجراح ، لكن اسوء الخط ، ليس يستطيع أغلب المرضى إما لضيق المال ، أو لضيق الوقت ، أو لضيق الصدر الوصول الى هذا الغرض ، وعلى ذلك لا تكون الوسائل الباقية كافية شافية .

ويمكن تقسيم المرض والمصابين ، من حيث قدرتهم على الحصول على العلاج المناسب الى ثلاثة أقسام

- (١) الذين يستطيعون ملازمة البيت لتهيئة الراحة حتى يتم شفاء الركبة
- (٢) والذين هم مضطرون للخروج ، لكنهم يستطيعون الحصول على أجهزة
- (٣) وأما القسم الثالث فهم الذين لا يستطيعون البقاء في بيوتهم ، ولا يستطيعون الحصول على أجهزة

فعلاج القسم الأول بسيط بالنسبة . يبقى المريض في سريره ، تهيأ الراحة للطرف بشئيه قليلاً حتى يقل الانسكاب وتصبح الحرارة السطحية طبيعية ، فيبدأ التدليك والحركات وعلاج القسم الثاني كعلاج القسم الأول نجاحاً على شرط اتمامه للنهاية ، فتهيئة الراحة لمفصل الركبة ، والسماح للمصاب أو المريض بالخروج والمشي في الوقت نفسه لا بد من جهاز خاص يسمى بجبيرة طوماس ذات الملاقط^(١) . وللحصول على هذه الجبيرة لا بد من ارسال التفاصيل الآتية الى صانع الأجهزة مع حذاء الطرف المصاب طبعاً

- (١) محيط الفخذ في جزئها العلوى ، ويؤخذ بانحراف
- (٢) وطول الطرف من العجان الى اخمص العقب
- (٣) ومحيط متوسط الفخذ

(٤) ومحيط متوسط الساق

(٥) وعمر المريض وجنسه

فإذا أحكم الجهاز ووضع الحذاء فيه أمكن المصاب أن يمشى بغير أن يحرك المفصل المتوف أو يضغطه ، اذ ينقل ثقل الجسم من حدة الورك وما حولها الى الجبيرة . وعلى المريض أن يمشى والطرف مبعدا قليلاً . فان لم يتمكن من المشى هكذا فالجبيرة لا شك قصيرة لا تؤدي الغرض الذي يطلب منها

أما علاج القسم الثالث فغير مرضى . فهم لا يستطيعون الاقامة في سريرهم ولا يستطيعون الحصول على الجهاز المناسب . وتراهم ينتقلون بعد أن يعمل لهم غلاف من الجبس معتمدين على عكا كيز تحول دون ارتكازهم على العضو المتوف

وكل طرق العلاج الانتقالية - أى التى تعمل ارادة تمكين المصاب من المشى والانتقال - وإن ثبتت المفصل - وقاما تؤدي هذا الغرض - ففيها عيب عظيم ، ذلك أن ثقل الجسم ينتقل مع كل خطوة الى المفصل المتهب المتوف . ولذلك يطول زمن الشفاء ، ولا يكون كاملاً ؛ لأن أربطة المفصل تتمدد وتضعف ، وقد تظهر تغيرات مفصلية عظمية

وهناك احتياطان جديران بالملاحظة فى اثناء وضع جبيرة الجبس . فأما الاحتياط الأول فهو ضرورة امتداد الجبيرة من حدة العظم الوركى الى القدم ، وإلا فلا يتم التثبيت . وأما الاحتياط الثانى فهو ضرورة جعل المفصل فى وضع الانتشاء الخفيف لأن تثبيت الساق وهى مبسوطة قليلاً أو كثيراً متعب جداً للمصاب

وأما الجبائر التى تكون بشكل القوالب من الغوتابر كا ولباد البوروبلاستيك فعيها قصرها . والجبائر الخلفية الخشبية يحسن عدم استعمالها لأنها غير مناسبة وتنزلق بسهولة فلا تثبت المفصل . والجبائر الحديدية اللينة أفضل منها لكنها لا تعادل جبائر الجبس . وإذا استعملت الجبائر الخلفية فلا بد من وضع وسادة جيدة فى محاذة الركبة

وفى الختام أقول إن على الجراح أن يكون حريصاً مواظباً اذا هو أخذ على عاتقه أن يعالج مصاباً بالتهاب طاهر عارضى فى الركبة لاتقاء ما عسى أن يحدث من التلف الدائم للمفصل

(٢) الالتهاب المفصلي غير العارضى الطاهر

لا بد من الإشارة ، ههنا ، الى أحوال معينة قد يدل تاريخها على إصابة لكنها لا تكون السبب الأصلي في حالة المريض. والمعتاد أن يجد الجراح ، اذا تمادى في الاستقراء أن الإصابة التي نالت المفصل خفيفة ، وبعبارة أخرى أن المريض لم يسقط على الأرض وان سقط فالسقطه خفيفة لا تمنعه من النهوض والمشي

الالتهاب المفصلي العظمى

ليس من النادر للمريض بالالتهاب المفصلي العظمى أن يصاب بوث في ركبته ولعل السبب هو اعتراض قطعة صغيرة من الغشاء الزلالى المتضخم ، أو اعتراض جسم سائب بين السطوح المفصالية وتكون النتيجة امتلاء المفصل بالسائل الزلالى ، وزيادة الحرارة السطحية . وكلاهما مما يعرف بسهولة

وكثيراً ما تهمل الحالة العامة المستترة ، ويعالج المريض خطأً إلا اذا فحص الجراح عنه فحصاً دقيقاً . وكما أسلفنا يكون التاريخ غالباً غامضاً غير بات ، وربما دل على وجود آلام أو أوجاع سابقة . وقد تتضح ، من الجس ، ضخامة الرضفة ، أو وجود زوائد عظمية . فاذا عملت صورة بالأشعة تحققنا من وجود مرض الالتهاب العظمى المفصلي ولاشك أن الاهتداء الى الصواب في التشخيص يوسع لنا مجال العلاج بزيادة الاستقراء عن الأسنان النخرة ، والالوزة العفنة وبؤرات العدوى في مختلف المواضع من الجسم

الناعور^(١)

الناعور أو الهيموفيليا من الأمراض التي كثيراً ما يخطئ في تشخيصها الجراح . فقد عالج أحدهم صبياً بزعم أنه مصاب بدرن في مفصل الركبة ، وكان ورم المفصل ناشئاً عن الهيموفيليا ولم يعرف ذلك المعالج الا بعد إصابة الركبة الثانية

(١) الناعور العرق الذى يسيل دماً ولا يرقأ وقد استعملت هذه الكلمة لترجمة Hemophilia

السركوم

عليك أن تذكر ، أيها الجراح ، أن الانسكاب في مفصل الركبة قد يكون أول علامة على السركوم في الطرف السفلي لعظم الفخذ أو الطرف العلوي لعظم القصبة . وقد وجد بوتلن وكولبي^(١) أن من ٢٢ مريضاً بالسركوم عولجوا في مستشفى القديس بارتليميو لا أقل من عشرة منهم كانوا يعالجون لالتهاب في الغشاء الزلاالى المزمن أو تحت الحاد . ويذكر برى الحكاية الآتية : —

سيدة تناهز الثانية والستين من العمر كان يظن أنها مصابة بمرض في مفصل الركبة وقبل ذلك بسنة تقريباً شعرت بألم في ركبتها اليسرى وأعقبه ورم مباشرة . فاستمر الألم وازداد الورم تدريجاً . ولازمت فراشها ثلاثة أشهر كانت تعالج خلالها بالجباثر الخلفية والتثبيت بالشمع عالجها بذلك ثلاثة أطباء . وكان المرض الحقيقي سركوماً في الطرف السفلي من عظم الفخذ . فعمل لها البتر . وقد ظهرت أورام ثانوية في صدرها بعد العملية بسنة بسببها توفيت .
مثل هذه الأغلاط يسهل اتقاؤها بصور الأشعة

(٣) الالتهاب المفصلي العفن

تكلم تحت هذا العنوان ، على الأمراض المزمنة كالدرن والسفلس ، والالتهابات الحادة

الالتهاب المفصلي الدرني

التشخيص

لصواب التشخيص في الالتهاب المفصلي الدرني في الدور الأول شأن عظيم ، لأن تثبيت المفصل تثبيتاً كاملاً زمناً طويلاً ، مع استعمال الوسائل الصحية المناسبة مما يؤدي الى الشفاء التام غالباً ولا تضر هذه الطريقة في العلاج ، ولو كان التشخيص خطأ ، هذا الى انها لا تنفع جيب المريض ولا كبرياء الصناعة . ولذلك يحسن أن ننظر في بعض الأمراض التي قد تلتبس بالالتهاب المفصلي الدرني ، وهي : —

الاستقربوط - من هذه الأمراض الاستقربوط . دعيت ، ذات مرة ، فى استشارة الى طفل ، زعم الطبيب المعالج أنه مصاب بالتهاب درنى فى المفصل الفخذى الوركى وكان الطفل فى الثانية من عمره ، نحيف القوام ، وبه ألم معين فى المفصل الفخذى الوركى الأيسر . وفى أثناء الفحص اتضح لى أن اللثة منتفخة وبلون أحمر قانى . وبلاستفهام عن التغذية علمت أن الطفل على الغذاء الصناعى لأنه يأبى تناول أى غذاء آخر . ومن ذلك عرفت أنه كان مصاباً بالاستقربوط

الهيموفيليا - ومنها الهيموفيليا ، وهى موطن للخطأ . ويعرف هذا المرض بظهور التغيرات المفصلية فى جملة مفاصل . فقد تصاب الركبتان معاً ، وكثيراً ما يكون تاريخ المرض طويلاً ، وإن كان ذلك لا يدل على الهيموفيليا السفلس - وكذلك السفلس فقد يلتبس بالالتهاب الدرنى المفصلى . ويحكى أحد الجراحين الحكاية الآتية :

كان صبي يحضر الى عيادى الخارجية ، منذ بضع سنين ، قبل أن تتقدم طرق تشخيص السفلس وعلاجه وكان به جملة اصابات ونواصير فى العظام . أحد هذه النواصير كان واصلاً الى المدور العظيم لعظم الفخذ ولقد زعمت أن هذه الإصابة درنية وكنت أعالجه على هذا الزعم . وذات يوم ، إذ كان الصبي جالساً فى إحدى الغرف الجانبية منتظراً دوره للفحص قالت لى المريضة : « إن الصبي المصاب بالسفلس الخلقى تحت الطلب » فأصغيت لها ، وسألته لم اعتبرته مصاباً بالسفلس الخلقى . فأجابت « إن الأم أخبرتنى أنها أصيبت بالمرض من زوجها قبل ولادة الصبي » ولقد استأصلت رمة أو أكثر من نواصير هذا الصبي ، والرمة ليست كثيرة الوقوع فى درن العظام كما هو معلوم فنسبتها الى عدوى ثانوية . وبعد ذلك عمدت الى علاجه بالعلاج السفلسى ولشد ما كان التأثير غريباً ، ولم يعد عندى أدنى شك أن السفلس إن لم يكن السبب الوحيد فهو السبب الأصل . وبلاستقراء اتضح لى أن لهذا الصبي أخاً واختاً كلاهما مصاب بنواصير تخرج منها أحياناً قطع رمية فكلاهما مصاب بنواصير فى المرفق الأيسر عدا الاصابات الأخرى ، هذا إلى أن الأخ قد استؤصل له مفصل المرفق وتختلف عن

العملية ناصور دائم . لكن الأخت لم تعمل لها تلك العملية . ولقد تحسنا كثيراً بالعلاج النوعي . ولا شك في صواب التشخيص في جميع هذه الأحوال . فقد مضى عليهم جميعاً زمن طويل بغير أن يؤثر فيهم العلاج ، لكنهم تحسّنوا جميعاً بعد إخضاعهم للعلاج النوعي - الزئبق ويودور البوتاسيوم

ومن مميزات الالتهاب السفلسي في المفاصل في الاطفال عدم وجود الألم بالنسبة لسائر أنواع الالتهابات المفصلية . وقد تكون هذه الميزة غريبة فتلفت النظر وتجعل التشخيص مؤكداً . هذا الى أن الأصابة قد تكون مزدوجة فتصاب الركبتان معاً . ولعدم وجود الألم لا يكون اليبس العضلي من العلامات الأولية كما هي الحال في الالتهاب المفصلي الدرني . وقد شاهدنا العلامات السفلسية الأخرى ، ولا سيما العيوب المميزة في الأسنان والالتهاب القرني الحلالى . ولا تنس الاستعانة باختبار فاسرمان وان لم يكن القياس فيها مطرداً .

ويقول بعضهم ، وقد أشار الى سلسلة كبيرة من أحوال السفلس في العظام والمفاصل ، وذكر طريقة التمييز بينها وبين الدرن ، إن فائدة اختبار فاسرمان وصور الأشعة ضئيلة فلم توضح صور الاشعة مميزات للتمييز ، على رأيه ، وطالما كان اختبار فاسرمان سلبياً في حين وجود شواهد أخرى على السفلس ، وفي حين تأثر المرضى بالعلاج السفلسي ، ولا سيما ذلك في السفلس الخلقى المتأخر . ويقول هارولد باروز إن هذا رأى يتفق وتجاربه الكثيرة في الالتهاب العظمى الناشئ عن السفلس الخلقى الخراج الاستايفيلوكوكى المزمن والسركوم - في العظام المفصلية لا يلتبس فيهما الجراح فيحسبهما درنًا الا نادراً ، ولا شك أن الخطأ يقل كثيراً اذا استعان الجراح ، بطريقة نظامية ، بصور الأشعة ، في جميع أحوال الاشتباه في الدرن في المفاصل

الفصل الثامن والعشرون

الدوالى ، والقيلة المائية ، وأورام الخصية

- الدوالى -

إن العملية التى تعالج بها الدوالى، كسائر العمليات الجراحية السهلة ، موطن لاغلاط وحوادث كثيرة كثيرة تجعل الجراح الحكيم أكثر رزانة فلا ينصح بها إلا بعد تدبر وتبصر لقد سمعت عن كثير من حوادث تغنغر الخصية والسّم الدموى عقب هذه العملية ومما أذكره ، فى أول حياتى بقلوب ، أن مريضاً وكان وقتئذ معاون إدارة ، ذهب الى أحد مشاهير الجراحين الأجانب لعمل عملية قيلة مائية ودوالى فى إحدى الجهتين ، وبعد العملية بنحو شهر جاءنى هذا المريض يحمل لى خطاباً من جراحه يخبرنى فيه أنه أجرى عملية القيلة والدوالى لحامل الخطاب وأنه يأسف جداً لحدوث مضاعفة نادرة هى تغنغر الخصية فى جهة العملية مما اضطره لاستئصالها ، وأنه يرجو أن أتم له علاج الجرح وألا أذكر للمريض حقيقة أمره . وقد فعلت . ولا شك أنها مضاعفة نادرة ولا أذكر أنها صادفتنى . لكن كثيراً ما صادفتى كما صادف غيرى من الجراحين أحوال لم تكن فيها نتيجة العملية مرضية .

ولتعلم أن العفونة إذا دخلت القنوات الوريدية فالعاقبة وخيمة . فقد ذكر أحد الجراحين أنه رأى حالة سم دموى صديدى عقب عملية الدوالى ولحسن الحظ نجما منه المريض وقد كادت تنقطع به أسباب الحياة

أما ضمور الخصية فمضاعفة أخرى قد تشاهد . على أن هذا الضمور قد يوجد قبل العملية اذا كانت الدوالى عظيمة . ويحكى أحد الجراحين أنه رأى شاباً بضمور فى الخصية عقب عملية الدوالى ولم تكن ، على رأيه عظيمة . ولا شك أن هذا الضمور ينشأ عن إصابة القناة الناقلة أو الشريان ، أو كليهما . وكيفما كان السبب فالضمور ليس نادراً . وقد رأى بعضهم رجلاً مصاباً بعقم بسبب ضمور الخصيتين عقب عملية أغلاط الجراحين (٣٤)

دوالى فى الجهتين ، ورأى أيضاً ضموراً فى إحدى الخصيتين وقيلة مائية فى الجهة الأخرى عقب هذه العملية

ولست أدرى ماذا حمل الجراح على إجراء العملية فى الجهتين فى هاتين الحالتين فقلما تدعو الحاجة الى مثل ذلك

والقيلة المائية كثيراً ما تعقب عملية الدوالى . واليك حالة غريبة : —

« طلب منى ، ذات مرة ، شاب أن أعمل له عملية الدوالى . ولم تكن الدوالى عظيمة ، ولم تمنعه عن أداء عمله وكان كاتباً . فنصحت له بعدم الرضوخ للعملية . فأجاب :

« الحقيقة هى أنى على وشك الزواج وقد أرغمتنى حمائى على إجراء العملية أولاً » . وعلى ذلك أجريت العملية . ولم يلبث الا قليلاً حتى عاد الى بقيلة مائية ، وهذه أيضاً أضطر الى الخضوع لعمليتها قبل زواجه »

أما سبب ظهور القيلة المائية أحياناً عقب ربط أوردة الحبل المنوى فلا أعرفه بالتحقيق . فقد يكون السبب ربط جملة أوردة ، لكن ذلك لا يتفق والواقع بعد عملية الفتق الأربى ، فإنها كثيرة الحدوث عقبها .

وانى غير متعود أن أقطع قطعة من الطبقة الغمدية عقب ربط الأوردة فى عملية الدوالى اتقاء حدوث القيلة المائية . على أن بعض الجراحين يعمل ذلك ، وهو عمل لا بأس به لهذا الغرض .

وقد حدثت النكبة الآتية لأحد الجراحين عقب عملية الدوالى :

أجرى الجراح الشق الاعتيادى ، وجعل أصبعه كمشبك رفع به ما حسبه الحبل المنوى ، وجذبه خارج الجرح ، ووضع رباطين ، وقطع الأنسجة ما بينهما . ودفع الطرفين الى داخل الجرح ، وأقفله . وقد دعى بعد ذلك الى مريضه لأنه لم يستطع البول وكان فى ألم شديد . ولم تجد القسطرة ؛ لأنه لم يستطع ادخالها الى المثانة . وبالاختصار وحذف كل التفاصيل غير الضرورية ، قد اتضح أخيراً أن الجراح ربط القضيب وقطعه

ولا شك أن هذه غلطة شنيعة ينجل الإنسان من تسجيلها ؛ لكن يصح أن تذكر عبرة لمن اعتبر . والدرس الذى على الجراح أن يحفظه منها ألا يهمل فى شئ يحسبه صغيراً بسيطاً فمعظم النار من مستصغر الشرر .

وأهم من ذلك ما هو أكثر وقوعاً من العيوب الصغيرة الشأن التي تحدث في هذه العملية وهي :

بقاء الدوالي عقب العملية مما يكون عن خطأ لمصلحة المريض ؛ إذ يخشى الجراح أن يربط أوعية كثيرة فيربط أوعية قليلة

ومنها بقاء أثره التحام مؤلمة . ولاتقاء هذه المضاعفة لا بد من ملاحظة ما يأتي :

(١) فتح الصفاق المنوى^(١) وربط الأوردة داخل الصفاق لا خلاله ، ثم اقفاله

(٢) استعمال الكاتجت الدقيق لأنه يكفي لسد الأوردة

(٣) اقفال الصفاق الغائر بخياطة مستمرة بالكاتجت الدقيق ، والصفاق الغائر

في هذا الموضع نسيج معين سهل معرفته .

ومن المعتاد ، في هذه العملية ، استئصال قطعة من الضفيرة الوريدية ، ووصل الطرفين وسواء أكان هذا العمل ضرورياً أم لا ، فاني أعتقد أن الغرض منه هو تعليق الخصية لكيلا تتدلى في صنف مسترخ . وقد يستأصل بعض الجراحين قطعة كبيرة من الأوردة فتعلو الخصية وتبقى أمام عظم العانة بالقرب من فتحة الأربية الظاهرة وتحدث ضيقاً شديداً للمريض

ولعل أكثر ما يحدث من النتائج غير المرضية التي تشاهد عقب عملية الدوالي من الاعتقاد بأن العملية بسيطة في ميسور غير الخبير من الجراحين عملها . هذا الى ان العملية نفسها ، ولو اتقن عملها ، ليست شفاء تاماً من المرض ، وعلى الجراح أن يتدبر كثيراً قبل البت في اجرائها .

وقبل أن انتقل الى موضوع آخر ، يحسن أن أبدي أن الدوالي قد تكون ، في بعض الأحوال ، علامة على المرض في موضع آخر من الجسم . فقد ذكر دافيد ولاس^(٢) حالة ورم في الكلية في مريض عمره خمسون سنة تقريباً ولم يذهب الى الطبيب الا لوجود الدوالي التي كانت آخذة في النمو بسرعة . وذكر ویت^(٣) مشاهدة قريبة المشابهة

Spermatic fascia. (١)

David Wallace. (٢)

Sinclair White. (٣)

كان ورم الكلية استسقاء كلويًا صديديًا عن حصاة كلوية . ولقد كان لعلاقة الدوالي بالاضطراب الكلوى أحيانًا شأن عظيم يذكره المدرسون من الجراحين للطلبة . ولا يبعد أن يقع غير الحريص في هذه المصيدة

القيمة المائبة

هناك قاعدتان جديرتان بالذكر في صدر هذا الموضوع فأما القاعدة الأولى فهي ضرورة تنوير^(١) الصنف في جميع أورام الخصية والطبقة الغمدية وأما القاعدة الثانية فهي اعتبار القيمة المائبة عرضًا لا مرضًا ويجب أن يكون التنوير كافيًا . فلا تكفى الاضاءة بعود من الثقاب لهذا الغرض وأفضل ما يستعمل مصباح كهربائي نير في غرفة مظامة . وما أكثر الأغلاط الناشئة عن إهمال الجراح الاستعانة بهذه الوسيلة

ويروى أحد الجراحين الحكاية الآتية مثالاً لغلطة فظيعة :

« حضر إلى عيادتي الخارجية مريض ، ذات يوم ، وأخبرني أنه شعر منذ زمن طويل بورم كبير في الجهة اليسرى من الصنف . وقد اعتزم أخيراً على استشارة طبيب . وقد فعل ، فأخبره بعد الفحص عنه إنه مصاب بورم مائي . وقد حاول الطبيب استخراج السائل فدفق آلة في الورم ، ووقع في حيرة وارتباك لعدم خروج أى سائل . فاستخرج الآلة وتحرى طرفها جيداً وشمها . ولم يكذب فعل ذلك حتى ظهرت عليه علامات القلق وأخبرني أنه قد عمل غلطة كبيرة خطيرة ، ونصحني بالذهاب إلى الفراش مباشرة وملازمته ثم أخبر زوجتي أن تنتظر بلاء قريب الوقوع . وترك الطبيب المنزل . فترقبنا البلاء فلم يقع . وترقبنا الطبيب فلم يعد »

« ولقد مكثت طويلاً في السرير ، ولما عيل صبرى حضرت إلى هذا المستشفى للاستشارة » لقد كان المريض عنده فتق كبير في الصنف »

ألا يضحك كل جراح يقرأ هذه الحكاية ضحكاً من يعتقد في نفسة العصمة ويظن أنه بعيد عن الوقوع في مثل هذه الغلطة ؟ ومع ذلك فقد ترى من مشاهير الجراحين من يزدرى الاعتماد على طريقة الفحص بالتنوير

أيها الجراح ، لا تقتصر فائدة وجود نصف الشفافية بتنوير الصفن على تشخيص القيلة المائية تشخيصاً قاطعاً فحسب ، بل انك تستطيع أن تتعرف ، على وجه التقريب ، حجم الخصية وشكلها ، وموضعها ، وشكل القيلة ، وما إلى ذلك من المعلومات النافعة لأغراض التشخيص والعلاج . وقد لا تطرد هذه القاعدة في أحوال معينة في الاطفال أما كون القيلة المائية عرضاً لا مرضاً فمسألة صحيحة لا ريب فيها رغم ما تعودناه من علاج القيلة الاعتيادية في الشيوخ من المرضى ومتوسطى العمر كأنها مرض . والذي أريد أن أقوله إن من الخطر العظيم أن يكتفى الجراح بتشخيص « قيلة مائية » ويهمل الفحص عن المرض المستتر في الخصية ، أو في القناة الناقلة ، أو الحبل المنوى . فما أفضح ما يعمل الجراح إذا استأصل الطبقة الجدارية من الطبقة الغمدية علاجاً للقيلة غير مدرك الالتهاب البرنجي السيلاني أو الدرني مما يكون سبباً للقيلة

بزل القيلة

وإن يكن بزل القيلة من العمليات السهلة إلا أنها تستدعي بعض الملاحظات . فمن الضروري أن تكون قناة الآلة البازلة صغيرة وطرفها الحاد حاداً ، وإلا أحدث البزل ألماً غير ضروري . وإذا اضطر الجراح الى بزل قيلة مائية في طبيب رأيته يهتم بحجم الآلة وحدتها . فلم لا يهتم لغيره بما يهتم به لنفسه عملاً بالحكمة المشهورة « حبّ لغيرك ما تحب لنفسك »

ومن مزايا صغر الآلة ، عدا أنها لا تحدث في المريض ألماً ، أن خطر التلوث والنزف يكون أقل . هذا الى أن صغر الآلة لا يحول دون سيلان السائل بسهولة .

ومن النادر حدوث التقيح بعد البزل وإياك أن تعتمد على ندرة هذا التقيح فتهمل فيما يجب عليك من الاحتياطات الضرورية في أثناء البزل . ومع ذلك فالتقيح قد يحدث وتكون عاقبته وخيمة . ولا أظن أني رأيت تقيحاً عقب بزل عمله طبيب ؛ لكني رأيت أحوالاً كثيرة حدث فيها التقيح ، والغنغرينا في الصفن والخصية ، والالتهاب الحرجي ، عقب بزل قام به حلاقوا الصحة في الأرياف .

والنزف أكثر حدوثاً من العفونة، وقد ينشأ عنه قيلة دموية أو تجمع دموى فى المنسوج الصفى . ويمكن تقليل خطر النزف باستعمال آلة دقيقة كما أسلفنا ، وباتقاء الأوعية الصفنية ، فى أثناء ادخال الإبرة . وأوعية الصفن مرئية بسهولة . ويقال من قديم الزمن ، إن القيلة الدموية الحادة إنما تنشأ عن إصابة الخصية ، فى أثناء البزل . على أن أحد الجراحين رأى حالة لم يجد فيها جرحاً فى الخصية أو فى البرنج وقد تدفع الأبرة فى الخصية ، وهى مضاعفة يمكن اتقاؤها بمعرفة موضع الخصية بالتتوير وبالابتعاد عن هذا الموضع ببرة البزل ، وبارسالها الى الأنسية فى اتجاه نصف الشفافية . ومن الضرورى دفع الإبرة الى الداخل مسافة طويلة كيفما كان الاتجاه . أما العملية الشفائية للقليل المائى فتتضمن إما استئصال الورقة الجدارية من الطبقة الغمدية أو قلبها . وقد يرى بعض الجراحين أن يعمل شقاً طويلاً يخرج منه كيس القيلة بالخصية ، ويشرح الطبقات المختلفة عن كشب^(١) . وهى طريقة تزيد العملية طولاً ويكفى أن يعمل شق صغير ثم تبزل القيلة وتنزع الورقة الجدارية من الأنسجة المجاورة

أورام الخصية

إن تشخيص أورام الخصية تشخيصاً تمييزياً من أهم الأشياء للمريض ومن أصعبها على الجراح . وليست الأغلاط نادرة ، وقد تكون مؤلمة محزنة . وسأقص على القارىء سلسلة موجزة من الأغلاط تاركاً له استخلاص ما يمكن أن يستخلصه لنفسه من العظات

التواء الخصية

إن التواء الخصية من الأشياء التى قد تفوت الجراح لندرتها . والرأى المعتمد ، الآن انه ينشأ عن التواء الحبل المنوى ، فى القناة الأربية ، أو فى الصفن ، أعلى مستوى الخصية . ولا أظن أن كتب الجراحة وفّت هذا الموضوع حقّه ، ولذلك يحسن أن أقول لأغراض التشخيص والعلاج ، أن الالتواء يحدث غالباً داخل اللفة الغمدية ، وأن الذى يرتبك فى الالتواء هو مساريقا الخصية^(٢)

(١) أى من قرب (٢) مساريقا الخصية = Mesorchium

الاصابات السفسلية المتأخرة فى الخصية

قد تلتبس هذه الإصابات بأشياء أخرى ، لكن التقدم فى طرق التشخيص والعلاج فى السفس قد جعل هذا الالتباس أندر مما كان . واليك مثلاً ، ويرجع تاريخه الى زمن بعيد :

« حضر الى عيادتي الخارجية فى مستشفى سيمان بجرينوتش رجل أخبرنى أنه مصاب بخصية درنية . فسألته كيف عرف طبيعة مرضه فأجاب أنه قد أخرج من الجيش بهذا التشخيص . وقد استأصل جراح الجيش خصيته اليمنى . ولم تكن الخصية اليسرى كبيرة جداً ، لكنها كانت مؤلمة . وكان الجلد الذى يغطيها بلون أحمر قاتم وملصقاً بها التصاقاً يقرب حدوث ناصور لو تركت الحالة للطبيعة . ولم تكن القناة الناقلة غليظة أو مؤلمة . وبغير عناء فى الفحص اخبرت المريض أن التشخيص قريب من الصواب ، وأن الأفضل له أن يدخل المستشفى . فراجعنى قائلاً ، وكان لمراجعته شئ من التأثير فى نفسى ، ألا تسمح بتجربة العلاج السفسلى لأنى أصبت بالسفسلى ، وإنى أقتبل كل شئ بالارتياح الا فقدان الخصية الباقية . ولم يكن ليستطيع أن يتناول الزئبق لأنه كان مصاباً بالتهاب كلوى سفسلى مع زلال غزير فى البول ، وكان اذا تناول القليل منه زاد الافراز اللعابى زيادة شديدة . ومع ذلك فقد تحسنت حالته بجرع مناسبة من يودور البوتاسيوم .

الالتهاب السيلانى فى الخصية والبرنج

إن الالتهاب البرنجى أكثر حدوثاً فى السيلان من الخصية الناعمة ذات الضخامة العامة المستديرة المصحوبة بقليلة مائية أو غير مصحوبة بها . فاذا صادف الجراح خصية بهذا الشكل فقد يخطئها ويحسبها ورماً خبيثاً أو شيئاً آخر مماثلاً . والذى يصون الجراح عن الخطأ معرفته أن الالتهاب فى الخصية قد يحدث مضاعفة للسيلان ، وفحصه عن الشذرات فى البول ولا بد أن يفحص عن البول ، بطريقة نظامية فى جميع أحوال أورام الخصية فان هذا مما يهدى الجراح الى سواء السبيل

وهذا الكلام ينطبق على الالتهاب البرنخي السيلاني . ولطالما جاء الى الجراحين مصابون بهذا الالتهاب عن طريق أطبائهم الذين يرسلونهم على زعم أنهم مصابون بدرن في البرنخ . ولو أنهم كلفوا أنفسهم مشقة الفحص عن البول ، واستقراء التاريخ جيداً لما ضلوا في تشخيصهم

ويمحسّن أن أذكر أن الالتهاب البرنخي غير الدرني قد يأتي عقب آفات غير سيلانية وادخال الميكروبات المرضية بالقسطرة مثال لذلك

الالتهاب البرنخي الدرني

كل ما أريد أن أنبه اليه ، ههنا ، هو ما يجب على الطبيب ، وقد تحمل مسؤولية علاج مريض ، أن يفكر في المرض غير قاصر الفكر في الظواهر الموضوعية المحسوسة

الخراج الاستافيلوكوكي

يقول هارولد باروز إنه شاهد خراجاً في جسم الخنصية مرتين . وكان الميكروب في الدفتين الاستافيلوكوك الصديدي الذهبي^(١) . وقد حدث الالتحام سريعاً بعد استخراج الصديد

ولا أدري كيف وصل الميكروب الى الخنصية ، ولعله وصل كما يصل في العدوى الموضوعية بالاستافيلوكوك الذهبي في العظام ، والكبد ، والأنسجة الأخرى

التهاب الخنصية مضاعفة للنكاف

يقول بعض الجراحين إنه لم يرَ حادثة من هذا النوع . والقصة الآتية لا تخلو من الفائدة ومغزاها جميل : -

« كان ضابط يعالج ، ذات شتاء ، لنكاف ، وكان هائجاً جداً فلم يستطع طبيبه منعه عن الخروج للنزهة . ولقد دعيت لرؤيته بسبب ما عرض له من الورم في إحدى خنصتيه ولما كنت عالمًا بعدم انصياعه لأوامر الطبيب حصلت مني غلطة فظيعة لانني قبل أن

(١) Staphylococcus pyogenus Aureus.

أتم الفحص عنه بدأت أوجحه لعدم الامتثال للأوامر وافهمه أنه هو الجانى على نفسه إذ عرض له مضاعفة للنكاف غير مرضية ، فأجاب بهدوء وسكون : ألا تظن ان كل ذلك ناشئ عن السيالان ؟ فقد مرضت به ولا أزال مريضاً ! »

القبيلة الدموية

مر بآث الكلام على هذه القبيلة ، فى اثناء الكلام على بزل القبيلة المائية . وعندى مسألة جديرة بالنظر ، وهى أن القبيلة الدموية قد تحدث بغير آفة واضحة فى الخصية ، وبغير أن يكون ، هناك ، تاريخ بآفة . وقد يتسرع الجراح فينحو نحو الورم الخبيث . وليس عندنا ما يصوننا من الخطأ إلا الشكل المميز والآلة البازلة اذا دفعت فى كيس دموى أو ورم سركومى قد تخرج شيئاً من الدم لكن الدم الخارج من السركوم قد يحتوى على خلايا سركومية على ما يتضح بالفحص المجهرى . أما الدم من القبيلة الدموية فيكون متغير اللون إلا أن تكون القبيلة حديثة



الفصل التاسع والعشرون

الدُّعْمَةُ الدَّمَوِيَّةُ

(أ) الشرايين

التشخيص

النزف من الحوادث الشائعة عقب الجرح الشرياني حتى أنه ليخشى أن يغتصب كل ميدان الخطورة التشخيصية لكنه قد لا يكون من الخواص الضرورية . فقد يجرح الشريان بغير أن يحدث فقد دموى محسوس أو ظاهر ؛ إذ تنسد قناة الشريان انسداداً كاملاً بجالطة ، وأكثر ما يحدث ذلك إذا كان قطع الشريان كاملاً . وقد يكون ذلك عن فتح الوريد المجاور فيدخل الدم الخارج من الشريان ، عند كل نبضة ، إلى الوريد المفتوح المجاور ، واصلًا إلى الدورة الدموية ، وقد يتسرب الدم في تجويف البلورا ، أو غيره من تجاويف الجسم الكبيرة فلا يظهر . من ذلك تتضح خطورة الوسائل التشخيصية الأخرى ، وأهم هذه الوسائل النبض في موضع الإصابة . إذ يسمع نفخ سستولى في مسير الشريان المؤوف ، على شرط اتخاذ بعض الاحتياطات ، أما إذا سمع النفخ السستولى وصحبه النفخ الدياستولى فذلك دليل ارتباك الشريان والوريد ودليل على أن الدم يخرج من الشريان فيدخل في الوريد ؛ وهو دليل نافع ، لأن النزف بشكليه الأولى والثانوى لا يظهر . ولكن استعمال المسامع لا يخلو من الخدع . فالضغط بالمسامع على الشريان السليم نفسه ، إن لم يكن برفق ، قد يحدث نفخًا سستوليًا . وأخص ما يكون ذلك في مبدأ العنق . واعوجاج الجدار الشرياني مما يحدث عن زينغ العظم في موضع الإصابة قد يحدث نفخًا سستوليًا . فقد رأى أحد الجراحين كسرًا في عظم العضد مصحوبًا بانخفاض في النبض الكعبرى ومسموعًا فيه نفخ سستولى واضح على الشريان العضدى مما جعل الجراح يعتقد بوجود آفة في الشريان . فلما عمل جهاز الشد للكسر عاد النبض الكعبرى وزال النفخ

ولا تنسَ أن النفخ السستولى كثيراً ما يسمع في أحوال الأنيميا على الشرايين الكبيرة . ووجود النفخ في جملة شرايين مما يميزه من النفخ الذى يسمع في الإصابات . أما نفخ مرض الأبهري^(١) فقلما يدعو الى الالتباس ، وهذا النفخ قد يسير في الشرايين السباتية فيسمع بوضع المسامع على أى جزء من الجمجمة .

أما عدم وجود أى نفخ أو نبض في مستوى الجرح ، مع عدم وجود النبض الدائرى فغاية في الشأن للدلالة على انسداد الشريان انسداداً كاملاً بجلاطة . وإذا لم يظهر نزف خارجي فأفة الشريان لا تحتاج الى علاجها بعملية لأنها تكون جافة صامتة

النزف الثانوى

كثيراً ما تنسى أهمية النزف الثانوى فتكون عواقب النسيان محزنة ، ولذلك كان من الضرورى أن أقول لك عنه شيئاً موجزاً . وأهم ما أقوله إن ظهور الدم الشرياني في الضمادات (الغيارات) التى على الجرح ، مهما كان يسيراً ، لا بد أن يعنى به الجراح ولا يهمل أمره الا إذا أقنع نفسه أن الدم من الأضرار اللحمية ، أو أقنع نفسه بعدم وجود جرح شرياني خطير . وآية العناية بهذا النزف فتح الجرح وعلاج موضع النزف والأمثلة كثيرة لاغفال النزف الثانوى اليسير المتكرر بعواقب مؤلمة . فأهمية النزف الثانوى في النزف لا في مقداره

نسمع أحياناً بما يسمى « بالنضح او النزف الشعري » ، وقد تنسب الوفاة الى هذا النزف . ولزيادة الإيضاح أبدي أن مريضاً برت ساقه مثلاً فحدث عنده نزف من الأضرار اللحمية من نقط مختلفة . وإذا فحصت عن الدم النازف وجدته أحمر ناصعاً ، ووجدت أنه مستمر أو متقطع . فالسبب على الأغلب وجود نضح من شريان على بعد قيراط أو أكثر من سطح الجرح . ففي هذا « النزف الشعري » يلزم الفحص عن الشريان النازف وضبطه

الملاج

وقف النزف وقفاً مؤقتاً - يوصى القوم عادة باستعمال الرباط الضاغط^(١) لوقف النزف الشرياني وقفاً مؤقتاً . وان يكن الرباط الضاغط من الأدوات التي لا يمكن الاستغناء عنها أحياناً إلا أنه من الوسائل الوحشية القاسية التي لا تصالح لوقف النزف في أكثر الأحوال . ارجع الى الطبيعة تر أن طريققتها لوقف النزف من جرح شرياني هي تضيق الوعاء وتجميد الدم . فخلطة الدم اذا تكونت حالت دون سيلانه فإذا وقفنا الى حبسه ساعدنا الطبيعة في عملها مما يتم باقفال الجرح الخارجي أو بضغطه . وإذا كان طريق الجرح منحرفاً فإن تخفيض الضغط يكفي لوقف النزف ، أما اذا كان طريق الجرح عمودياً على مستوى الجلد فيمكن جعله منحرفاً بازاحة الجلد أو ادارة الطرف ولا بد من استعمال الرباط الضاغط أحياناً كما إذا كان هناك كسر مضاعف ، ووقتئذ يحسن اعطاء المصاب حقنة من المورفين وكتابة مذكرة صغيرة يستصحبها المصاب معه أينما ذهب أو أرسل يكتب فيها ، أولاً ، ساعة وضع الرباط الضاغط بالضبط ، وثانياً ، مقدار المورفين وساعة اعطائه .

وهذه التفاصيل ضرورية لأن الرباط الضاغط قد وضع ، في أحوال ، لوقف النزف ثم أهمل فحدثت الغنغرينا ، ولأن الذين يصابون بالنزف الحديث هم أقرب تأثراً بالمورفين منهم في حالتهم الطبيعية ولا يبعد أن تقضى عليهم الحقنة الثانية اذا لم يعرف مقدار الحقنة الأولى وساعة اعطائها .

والمصاب بنزف غزير عمل له شئ من الوسائل الوقتية لا يصح أن تعمل له عملية جراحية إلا بعد زوال دور الهبوط . ويحسن العمل على تحسين حالته بالتدفئة واعطائه السوائل والمورفين ، وقد ينفعه الحقن بالدم بعد اختبار الجواد^(٢)

(١) الرباط الضاغط ترجمة Tourniquet.

(٢) الجواد هو السخى وقد استعملت هذه الكلمة لترجمة لفظة Donor بالانكليزية وهو واهب بعض دمه الى غيره

قطع الشريان المقطوع قطعاً جزئياً - المعتاد أن الشريان الذى يقطع قطعاً كاملاً لا يكون منبعاً للنزف الثانوى . أما الشرايين المقطوعة قطعاً جزئياً فأصل الخطر . ومعرفة تلك هذه القاعدة قد تنفعك فى علاج بعض أحوال معينة كأن يصاب الإنسان بكسر فى الفك الأسفل مضاعف بجرح فى الوجه أعقبه نزف ثانوى من الشريان السنى الأسفل حيث يكون فى قنواته العظمية . فربط هذا الوعاء ليس أمراً سهلاً ولا ضرورياً .

وكذلك تنفع معرفة هذه القاعدة فى بعض الجروح الغائرة فى الفخذ حيث يصعب أو يستحيل تقريباً الكشف عن موضع النزف بغير اتلاف الطرف اتلافاً غير مبرور . فخير ما يعمل لهذا النزف الذى يكون غالباً من فرع عضلى هو قطع مستعرض خلال العضلة من فوق الموضع الذى يظن أن النزف منه .

ومع ذلك فهذه الطريقة محدودة الاستعمال ، لأن الطريقة المثلى لعلاج آفات الشرايين هى الربط . ولربط صعوبات وخيبة جديرة بالاعتبار

ربط الشريان

من أوليات الجراحة المعروفة منذ زمن طويل الكشف عن الوعاء النازف وربطه وهى من الأوليات الصحيحة . فإذا قررنا ، لسبب ما ، أن نربط الشريان بعيداً عن موضع إصابته فقد نضل لوجوه . فقد يربط وعاء آخر ، وقد يربط الشريان الرئيس فى الطرف وقد تضطر الى البتر بسبب الغررنا الحادثة فنجد أن النزف لم يكن من الوعاء الأصلي لكنه من الفروع . وفى متحف كلية الجراحين الملكية بلندن نموذج ربطت فيه الأوعية الفخذية السطحية لنزف أبضى . والنموذج يوضح أن النزف كان من الوريد المأبضى لا من الشريان .

ومع ذلك فليس من السهل دائماً الكشف عن موضع الإصابة فى الشريان لربطه فى موضعها وهذا مما يدعو الى ربطه أعلاها . فليس يستطيع الجراح ، مثلاً ، الكشف عن الجزء الثالث من الشريان السانى - وهو موضع متكرر للنزف - ومن حسن الحظ

أن ربط الشريان اللسانى فى جزئيه الأول أو الثانى سهل ، وأن ربطه يكفى لوقف النزف . وكذلك ربط الشريان السباتى الظاهر يكفى لوقف النزف من فروع الشريان الصدغى الفكى . فليس من حسن الجراحة ، فى هذه المواضع محاولة ربط الشريان فى مكان الإصابة .

ولتعلم أن من المستحيل ، غالباً ، فى جروح الجزء العلوى من الوجه والعنق ، أن تعرف بالطرق الاكلينيكية ، وتكشف بالتشريح الجراحى عن الوعاء المعين المتوقف لربطه ، مما يضطرنا الى الالتجاء الى ربط الشريان السباتى الظاهر . وما الجراح فى ربطه الوعاء بعيداً عن موضع الإصابة إلا كاستعمل البندقية يرمى عن بعد على هدف يرجو إصابته ، وأنت عليم أن البندقية قد تنفع اذا فشلت الأسلحة التى تستعمل عن قرب ، ومن قواعد الجراحة أن خير الوسائل أكثرها نجاحاً

الحمية بعد الربط

إن لربط الأوعية ، على بساطته كما يخيل للانسان ، عيوباً من المفيد ذكرها ، وهى :
(١) استئناف النزف بعد الربط - ولرجوع النزف بعد الربط أسباب كثيرة :
منها ربط وعاء آخر غير النازف ، وربط أحد وعاءين نازفين وترك الوعاء الآخر ، ومنها وأكثرها شيوعاً الثقرح العفن واثقب الجدار الشريانى فى موضع الربط . ولائقاء ذلك فى الجروح العفنة يحسن قطع الشريان المتوقف بين ربطتين ، وتصفية الجرح إن أمكن ولا شك أن الخطر يكون يسيراً اذا ترك الجرح مفتوحاً . فالشريان مربوط فى مسيره فى جرح عفن مقفل أقرب للنزف منه اذا كان مربوطاً بعد قطعه والجرح مفتوح .
ومن المهم جداً اتقاء إصابة الجدار الشريانى فى جميع أحوال الربط الشريانى سواء أكان الجرح عفناً أم لا ، فمن الخطأ ربط الشريان ربطاً محكمًا يمزق جميع طبقات الجدار الشريانى ما عدا الطبقة الظاهرة لأنها لا تقوى على مقاومة نبضات ، وان شئت فقل طرقات ، الشريان الكبير ، ومن السهل أن يفهم الانسان لم يلين الشريان لهذا الطرق فيحدث النزف ولو لم يكن الجرح عفناً . وكل ما يلزم لجودة الربط هو تقريب

الجدر الوعائية وتلاصقها بغير تلفها ، وهو مما يصعب عمله إلا بوقف النبضات بضبط الشريان من الجهة القلبية في أثناء الربط

وقد يكون رجوع النزف بعد الربط من فشلنا في سد الشريان ، كأن يكون الربط بخيط الكاتجت لأنه زلق ، فقد تسترخي اللفة الأولى من الربط قبل عمل اللفة الثانية إذا كان نبض الشريان قوياً ، وبذلك يبقى مجراه واسعاً غير مسدود . ولتغلب على هذه الصعوبة يلزم وقف النبض في أثناء الربط .

ومن الأسباب الأخرى لتجدد النزف بعد الربط (أ) انزلاق ربطة مسترخية بعد قطع الشريان وانكماشه ، (ب) وقطع أطراف الربطة قريباً من العقدة فتتحل ، وأكثر مواد الربط خيانة الكاتجت فلتقطع أطرافه طويلة دائماً ، (ج) وامتصاص الربطة امتصاصاً سريعاً قبل الأوان إذا كان الربط بالكاتجت غير المعالج بالكروم

(٢) متاعب امتداد الجلطة عقب الربط - من المتاعب التي يواجهها الجراح معرفته إلى أين تمتد الجلطة في الشريان من الجهتين القلبية والدائرية . ويقول أحد الجراحين إنه ربط الشريان السباتي الأيمن ، ذات مرة ، على بعد ثلاثة أرباع القيراط من منبته ، وفي اليوم التالي ، وجد انسداداً كاملاً في الشريان تحت الترقوة الأيمن ، ولعله من امتداد الجلطة الدموية إلى الناحية القلبية

وهناك حادثة أقطع يحكيها الجراح نفسه ، وهي أنه ربط الشريان السباتي الظاهر الأيمن في مصاب بجرح ناري . وكان الربط في الموضع القياسي للربط أي ما بين منبت الشريان الدرقي العلوي والشريان اللساني . وفي اليوم التالي ظهر عند المصاب شلل في الجانب الأيسر وبدأ عليه سبات ثم مات . وبتشريح الجثة اتضح أن الجلطة الدموية قد امتدت إلى الناحية القلبية من الربط في الشريان السباتي الظاهر حتى وصلت إلى الشريان السباتي المشترك ومنها انفصلت قطعة سدادة ودخلت في الشريان الخفي المتوسط . ويقول هذا الجراح إنه لم يربط الشريان ، بعد ذلك ، إلا أعلى منبت الشريان اللساني ولو اقتضى ذلك ربط الشريان الأخير على انفراد .

وقد ذكر لجارس^(١) في كتابه الاسعاف الجراحي حكاية قريية المشابهة

(٣) الحوادث الناشئة عن الحرمان من الغذاء الدموى

نتكلم، تحت هذا العنوان ، على الاسكيميا^(١) والغنغرينا
اسكيميا العضد أو الساق - تحدث هذه الاسكيميا عقب ربط الشريان الرئيسى
كثيراً ، وتسهل معرفتها بالشلل اليابس ، واليبس المميز فى العضلات مما يحس بالجلس ،
وفقد الاحساس فقدأ دائرياً بشكل القفاز . ولا يصعب التشخيص إلا فى الأحوال
التي ينحصر فيها التغير العضلى فى القدم أو فى اليد حيث يحسب التشخيص « عدم
قدرة فى الوظيفة » فاذا كانت اليد مصابة فالأصابع ترى يابسة ، ولا يمكن بسطها فى
محاذاة المفاصل السلامية المشطية ولا ثنيها فى المفاصل السلامية ، ومع هذا كله لا يشاهد
شلل فى عضلات الساعد

والعضلات المصابة بالاسكيميا لا تتحمل الاعتداء الميكروبي فلتلاحظ

اسكيميا المخ

قد تحدث عقب ربط الشريان الذى لا اسم له ، والشريان السباتى المشترك ،
والشريان السباتى الباطن . واكثر ما تشاهد عقب ربط الشريان السباتى الباطن .
ويقول هارولد باروز انه لا يذكر مصاباً واحداً عمل له ربط فى الشريان السباتى الباطن
فى اثناء الحرب الكبرى ، بسبب جرح نارى ، ولم يعقب هذا الربط شلل فى الجانب
الآخر من الجسم ، ووضوح هذا الشلل ، على الأخص ، فى اليد لكن اذا ربط الشريان
السباتى المشترك أولاً ، ثم ربط بعده بأسبوعين تقريباً الشريان السباتى الباطن ، كما
يحدث فى علاج الانيورزم الصدغى أو الوتدى الناشئ عن إصابة كسرت الجمجمة فخطر
الاسكيميا الخفية عقب ربط الشريان السباتى الباطن تكون أقل ، مما يقتضى اتباع
هذه الطريقة بقدر الامكان . ومن الوسائل الواقية أو المخففة الحقن بالدم قبل العملية ،
وربط الوريد الوداجي ، وتخفيض رأس المصاب فى اثناء العملية وبعدها . وربما أفاد
الحقن بالسترات فى تعطيل امتداد الجلطة فى الناحية الدائرية من الربط

الغفغرينا

للغفغرينا التي تحدث عقب ربط الشريان نوعان . فالنوع الأول هو ما يحدث عن الاعتداء الميكروبي الحاد على العضلات والأنسجة الأخرى مما ييسر بالحرمان من الغذاء الدموى . والنوع الثانى هو ما يحدث عن الانيميا فقط . ولا بد من التمييز بين النوعين . فالأول يقتضى العملية مباشرة والنوع الثانى يقتضى الانتظار حتى يتحدد الفاصل ما بين الأنسجة المتغفرة والأنسجة الحية

وعليك أيها الجراح ، أن تذكر فى اثناء عمالك البتر فى الغفغرينا الناشئة عن الانيميا أن الأنسجة أعلى الغفغرينا قد تكون مصابة بالاسكيميا لا تصلح لتكوين العصب منها . وهى حقيقة جديرة بالملاحظة

ومن المهم أن نعرف بأقرب ما يمكن أحادثة الغفغرينا عقب الانسداد الشريانى أم لا . ويمكن التنبؤ بحدوثها من الشحوب المستمر فى لون الطرف ، والبرودة ، وفقد النبض الدائرى ؛ لأنها من علامات الغفغرينا الناشئة عن الانيميا . ولتعلم أن الطرف الذى ربط شريانه الأصى حديثاً يكون غالباً أدفاً بالجلس من صنوه ، وهو خلاف ما يذكر وكلمتا الاسكيميا والغفغرينا أكثر حدوثاً عقب انسداد شرايين معينة . فمواضع الخطر عقب الربط ، فى الطرف العلوى ، هى الجزء السفلى من الشريان الابطى ، والجزء العلوى والسفلى من الشريان العضدى . أما مواضع الخطر فى الطرف السفلى فهى الشريان الفخذى المشترك والشريان المأبضى . ولا يخفى أن هناك عوامل أخرى مساعدة كحالة المريض من حيث الصدمة والانيميا ، وحالة الدورة الجانية ، وهل هى متأثرة بجرح أو بالانضغاط من تجمع دموى منتشر

والوضع شأن فى إحداث الغفغرينا والاسكيميا . فإذا ربط الشريان الفخذى المشترك ، مثلاً وبقي المريض مستلقياً على ظهره تعطلت الدورة الجانية خلال الشرايين الألية والوركية ، ولا ندرى أىكون بسط الطرف السفلى أنسب وضع له لسهولة الدورة أم لا . ويعتقد بعضهم أن ربط الوريد المجاور للشريان يساعد على اتقاء الغفغرينا أغلاط الجراحين (٣٦)

عقب ربط الشريان الأصلي . لكن لا يحسن إتباع ذلك بصفة نظامية ؛ لأن ربط الوريد الأصلي في الطرف السفلى كثيراً ما يعقبه شئ دائم من عدم القدرة وعدم الراحة مما يقضى التنحي عن ربطه بقدر الامكان

أما في حالة الشريان الفخذي السطحي فليس من الضروري ربط الوريد لأنه لا يخشى من الغنزينا أو الاسكيميا على شرط أن يكون المريض شاباً سليم البنية سليم الدورة الجانبية . وربما كان من السهل الحصول على ما لربط الوريد من الفائدة بوسائل أخرى كتخفيض الطرف أو عمل رباط حلقى ضاغط ضغطاً خفيفاً لعوق رجوع الدم الوريدي

(٤) تلف الانسجة المجاورة من التهاون في اثناء ربط الشريان

لعل هذا آخر أسباب الحوادث المحزنة التي تعقب ربط الشرايين . وإني وإن كنت رأيت العصب الرئوي المعدي وهو يندمج في ربط الشريان السباتي المشترك ورأيت البلعوم وقد ثقب في اثناء الكشف عن السباتي الظاهر إلا أن أفضع الحوادث ما رأيت إذ رأيت الشريان السباتي المشترك وهو يجرح في اثناء ربط الشريان السباتي الظاهر . لقد رأيت هذه الحادثة ، ثلاث دفعات ، من ثلاثة جراحين . وكان السبب واحداً في الجميع . كانت الإصابة في المرضى الثلاثة جروحاً نارية في العنق والوجه مصحوبة بكسر في الفك السفلي . وأنت عليم أن العضلات الرافعة للفك السفلي مدغمة تماماً في الفرع الصاعد ، وإن العضلات الخافضة مدغمة في الفرع الافقي . فاذا انفصل الفرع الافقي من الفك من الفرع الصاعد بكسر انخفض الفك بالخنجرة الى جهة الصدر انخفاضاً يقدر بقيراط ونصف تقريباً

ولما أن الجراح يرجو أن يجد تفرع السباتي في محاذاة الحافة العليا للغضروف الدرق تراه يعمل الشق منخفضاً جداً في العنق ، وهو لا يدرك أن العلاقات التشريحية قد تغيرت وصارت غير طبيعية ، ثم يبحث الى الأعلى والأعلى ، ولا يجد التفرع إلا وقد أعياه التعب فيسرع بعمل الربط ، قبل توضيح الشريان تماماً أو قبل التحقق من

الشريان الدرقى العلوى ، فيدفع ابرة الانيورزم لتحقن الشريان فيثقب الشريان السباتى الباطن بالقرب من منبته

أيها القارىء العظيم ، قد يلوح لك ، وأنت مطمئن على كرسيتك تقرأ هذا الكتاب ، أن هؤلاء الجراحين خليقون بالملامة جديرون بالتوبيخ على ما حدث منهم ، ولكنك إذا ذكرت أن المصاب الذى يضطر الجراح الى ربط شريانه السباتى لوقف نزف غزير من جرح نارى انما يعمل له ما يعمل والمنية ناشبة أظفارها فيه تقريباً ، وإذا ذكرت أن حالة الاسعاف وضرورة التعجيل به انما تقتضى على الجراح أن يقوم بالاسعاف ولما يستكمل كل الظروف المناسبة لجودة العمل ، فاذا ذكرت كل ذلك قلت مع القائل :
والناس يا حنون^(١) الطيب وانما غلط الطيب اصابة الأقدار
أو قلت مع الآخر :

أما العليل فان حانت منيته تاد الطيب وخاتمه العقاقير

الغنغرينا والسكر فى البول

ويحسن ، قبل أن أترك موضوع جراحة الشرايين ، أن أشير الى ما هو عالى فى ذهن بعضهم من أن المريض المصاب بغنغرينا اذا وجد سكر فى بوله كان مصاباً بالبول السكرى^(٢). فلتعلم أن الغنغرينا عن أى سبب قد تحدث سكرًا فى البول أو بولاً سكريًا. بل ان الحجرة الكبيرة المتغفرة قد يصحبها بول سكرى . فعلى الجراح ألا يهتم كثيراً بالسكر ولا يقيم له وزناً . وعليه أن يعتمد الاعتماد كله على وجود الاستيتون وحامض الدياستيك فى البول. فاذا لم يكن المريض مصاباً بالبول السكرى فقد يذهب السكر بزوال الغنغرينا. أما اذا كان مصاباً بالبول السكرى فمن الضرورى العمل على ازالة الدياستيك من البول باعطاء الغذاء النشوى السكرى ، اذا كان ذلك ممكناً لتقليل خطر الكوما عقب العملية. والانسولين من أحسن الوسائل التى تستعمل فى هذه الظروف

(١) لحتى أى لام وسب وعاب (٢) استعملت البول السكرى لترجمة Diabetes Mellitus وهو المرض الذى يكثر فيه البول ، ويكون البول فيه سكر واستعملت البول السكرى لترجمة Glycosuria وهو وجود السكر فى البول

(ب) الأوردة

ومن الحوادث الكارثة في الجراحة حسبك النزف في الجرح شريانيًا وهو وريدي في الواقع . وأحسن مثال لذلك نموذج في متحف كلية الجراحين الملكية يوضح لك ما أريد . كان النزف من جرح في الوريد المأبض فحسبه الجراح من الشريان فعمد الى ربط الشريان الفخذي السطحي والوريد الفخذي وهما في قناة هنتز . فمات المريض فلو أن الجراح وصل الى حقيقة النزف لعالجه في موضعه بغير عملية بقليل من الضغط وربما طالت حياة المريض . وهذا ما يدعونا الى الكلام في التشخيص التمييزي بين النزف الشرياني والوريدي

علينا للتمييز أن نلاحظ : -

(١) لون الدم المنزوف أو السائل

(٢) طريقة النزف

(٣) مقدار ما يلزم من الضغط الخارجي لوقفه

وأنه وان تكن هذه الفروق أساسية ضرورية للتمييز إلا أن هناك مواضع للخطأ وما أكثر من ماتوا ، في الحرب العظمى ، من تناسي بعضهم هذه المسائل الأولية

(١) لون الدم المنزوف أو السائل - إن لم يكن المصاب مصابًا بالسيانوز ، فلون الدم الشرياني السائل منه يختلف عن لون الدم الوريدي اختلافًا يمكن الجراح البسيط من تمييز النزف أهو شرياني أم وريدي . نعم يستطيع الجراح أن يميزه ، على شرط أن يكون النزف حديثًا . فلو انقطع سيلان الدم وبقي شيء منه على الضمادة أو على ملابس المصاب لتمكن الجراح من معرفة أصله . فاذا تركنا السيانوز جانبًا ، وكذلك تركنا الدورة الرئوية حيث يكون فيها الدم الشرياني وريدي اللون والدم الوريدي شرياني اللون فليس هناك مجال للخطأ إلا أن يكون الدم السائل من الجرح سائلًا من شريان ووريدي . وقلمًا يصادف ذلك . وإن صادف فمن السهل معرفة الدم الشرياني إذ بقليل من الضغط الخارجي يقف النزف الوريدي

(٤) طريقة النزف في الجرح - اذا جرح شريان في جرح رأيت الدم وهو يثبج في نبضات متفقة ونبضات القاب . وهذا هو ما يحدث في الجرح الوخزي الصغير اذا كان الشريان المثوف قريباً من فتحة الجلد ، أما اذا كان الشريان المثوف غائراً ، ولا سيما ذلك اذا كان الجرح الجلدي صغيراً ، والطريق خلال العضلات والصفاق منحرفاً فقلما تنضح نبضات النزف . وههنا موضع للزلل . فطالما رأيت الطيب يحسب مثل هذا النزف الشرياني وريدياً معتمداً على عدم النبضات في السيلان متجاهلاً لون الدم . فالملاحظة جديرة بالملاحظة

على أن النزف الوريدي قد يكون سيلانه متذبذباً . ولتعلم أن التذبذب الذي يشاهد في النزف الوريدي ولا سيما ذلك في اصابات مبدأ العنق متفق وحركات التنفس وهذا ما يميز نبضات الدم الشرياني من تموجات الدم الوريدي . ويحسن أن أذكر أن الدم الوريدي قد يسيل في دفعات متفقة والنبض . فهذه الدفعات تختلف عن نبضات الدم الشرياني بكونها تقطعات في السيلان الخفيف . وقد لاحظت جون هنتر هذه الملاحظة وحاول الوقوف على سببها ، وللأسف لم يهتم بها القوم من بعده ، وان كنت اعتقد انها كثيراً ما تمر على الجراحين العاملين . ويكون السيلان على هذا الشكل في أوردة المخ والقدم ؛ ولعل السبب فيهما واحد

(٣) مقدار ما يلزم من الضغط الخارجي لوقف النزف

من وسائل التمييز أن الضغط الخارجي الخفيف يقف الدم الوريدي . ولكن النزف الشرياني من وخز في شريان في جرح يكون طريقه خلال العضلات والأنسجة منحرفاً لا يقتضي الا ضغطاً خفيفاً لوقفه وقفاً مؤقتاً . على أن الضغط الخارجي إذا استمر زمناً يكفي لتجمد الدم في الجرح الوريدي وقف النزف الوريدي وقفاً دائماً على غير ما هي الحال في النزف الشرياني

وفيدك كثيراً في علاج النزف الوريدي أن تعرف أن تجمد الدم يحتاج الى وقت اذن لا تلطم الجرح لطمًا متكرراً بالاسفنج لوقف النزف ، وواظب على الضغط مهلة خمس دقائق أو أكثر قليلاً عدداً بالساعة

ولهذه القاعدة فوائد كثيرة اذا أحسنت تطبيقها . ولأضرب لك ، مثلاً ، الرعاف
فاني لم أَرَ حالة لم ينفع فيها ضغط جناحي الأنف على حاجزه لوقف الرعاف ، على شرط
الاستمرار بالضغط مدة ست دقائق عدداً بالساعة . فاذا عرفت ما في حشو الحياشيم
الخلفية من المشقة للجراح ، ومن الألم للمريض ، ومن الخطر لما يحدث من المضاعفات
كالالتهاب الحاد في الأذن المتوسطة وكامتداد العدوى الى الجيوب الأنفية ، فاذا
عرفت كل ذلك عرفت ما لهذه الطريقة البسيطة من الفائدة الجلية .

واليك مثلاً آخر لتطبيق هذه القاعدة بفائدة عظيمة : الورم النازف إذا اتضح في
اثناء العملية انه اكبر من أن يستأصل . فإنه يحسن ، لنجاة المريض من الألم عقب
العملية ومن تقرح الورم في المستقبل ، أن تقف النزف بالضغط المستمر مدة خمس دقائق
أو ست ، ثم تقفل الشقوق الصفاقية والجلدية تماماً . فعملك هذا خير من ضغطك بالدهان
الذي يقتضى إزالته مما يقتضى بقاء الجرح مفتوحاً

سدادة التخثر (١)

تجمد الدم في أوردة ميدان العملية مما كان يعقبه سدادة رئوية أو قلبية من
المضاعفات التي قل حدوثها في الجراحة المصرية بسبب تقدم الفن فما لا شك فيه أن
هذه التخثر إنما كان يقوم غالباً على العفونة . ولا أنسى أن أذكر أن الغذاء اللبني الذي
كان الغذاء بعد العمليات بل كان من خواص العلاج بعد العمليات شأنًا عظيمًا في
تجميد الدم وتكوين الجلطات . ولا ريب أن ليسر الغذاء بعد العملية أى للتساهل في
تغذية المريض بما يشاء من مختلف الطعام ، في أثناء العلاج بعد العمليات ، أن لذلك
تأثيراً عظيماً في تقليل خطر السدادات القلبية والرئوية

الالتهاب الوريدي العفن

إذا عرفت أن أهم سبب للوفاة عقب جروح الأطراف ، في المستشفيات البريطانية
في ميدان الحرب بفرنسة في أثناء الحرب العظمى ، هو الالتهاب الوريدي العفن
بمضاعفاته ، اذا عرفت ذلك عرفت أهمية هذا الموضوع للجراح . ومن الغريب أن يكون

الظلام مخيماً في ميدان البصر الطبي للآن في هذا الموضوع . لأنك اذا فحّصت عن الكتب الجراحية التي تدفقت من ينبوع الحرب العظمى فقلما تجد فيها شرحاً وافياً لعدوى الأوردة . والأغرب أن يكون هذا العيب قائماً في السلم قيامه في الحرب . ولم ذلك ياترى ؟

ذلك لأنه وإن تكن التحريات المرضية عقب الوفاة بتشرح الجثة طويلة دقيقة يقصد منها الطبيب الى معرفة حالة الأحشاء والأعضاء الرئيسة معرفة دقيقة بالعين العارية إلا أنها تقتصر على هذه الأعضاء فحسب ولا تتضمن البحث الدقيق في الأنسجة المجاورة للبؤرة العفنة .

ولهذا السبب تبقى الخواص الأكلينيكية للالتهاب الوريدي العفن سراً مكتوماً على الأطباء . ولست أنكر عناية القوم بالتخثر العفن من حيث علاقته بأمراض الرحم والأذن المتوسطة ، وما هنالك من الأسباب الخاصة التي حالت دون انتشار الفائدة العملية من هذه العناية بين الأطباء عامة . ولنحسب أن الوريد الفخذي المشترك قد تلوث ، فإياك أن تظن أنك تستطيع أن تتعرف الوريد المتخثر بالجلس ، وأن تشاهد احمراراً في الجلد الذي يغطيه ، أو أزيماً في الساق ، أو مضاضة محدودة معينة في مسير الوريد . قد توجد بعض هذه العلامات وقد لا توجد .

ولنحسب الالتهاب الوريدي قد عرف ففي علاجه خدع . وأول هذه الخدع يتعلق بامتداد العدوى . فإذا وجدنا وريداً فيه جالطة دموية عفنة وقد امتدت الى مستوى معين - لعله يتفق والتقاء فرع من الوريد - كان أول ما يخطر بالبال من باب العلاج ربط الوعاء أعلى نهاية الجالطة أى أعلى الجالطة من جهة القلب . وليس يجدى مثل هذا العمل ، لأن العدوى غالباً تمتد مسافة طويلة في مسير الوريد سابقة الجالطة المحسوسة فربط الوريد الحرقفي الظاهر عبر البريتون علاجاً للالتهاب العفن في الوريد الفخذي المشترك لا يقوم غالباً بوقف امتداد العدوى ، هذا الى أنه قد يحدث التهاباً بريتونياً جاداً . لقد عرف ذلك بعض الجراحين من تجاربهم المؤلمة التي كان عليها اعتمادهم بسبب خطأ الكتب المطولة . وعملياً لا نفع الربط من الجهة القلبية لوقف المرض

إلا إذا عمل بعيداً جداً عن موضع التختثر مما يقتضى أن يعمل التشخيص مبكراً والمرض في أول أمره . أما في الأحوال الأخرى فتصفية القطعة الملوثة بغير ربط من جهة القلب هي طريق الامل الوحيد . ومن ذلك يتضح أن الوريد الوداجي الباطن لا بد أن يربط في أسفل العنق للوصول الى ما بعد التعفن في أحوال تختثر الجيب الجانبي عقب التهاب الأذن المتوسطة

الدوالى

الدوالى مرض تنفخ فيه الأوردة فتغلظ وتصير كالحبال اذا كانت في الساق وكالديدان اذا كانت في أوردة الحبل المنوى . وقد تكلمنا على الدوالى في الخصية وتشكلم الآن على الدوالى الأخرى وليست العمليات التى تعمل للدوالى الأخيرة من العمليات المرضية في الأعمال الجراحية . ذلك لامتدادها في الساق والفخذ وتوزيعها توزيعاً واسعاً مما يصعب استئصالها جميعاً ويجعل العملية للمريض غير كاملة . هذا الى أن المرض متزايد فلا يبعد أن تظهر تمددات أخرى حديثة فيزعم المريض أن ما استؤصل قد عاد والرأى عندى أن يفهم المريض أن التداخل الجراحي ليس الا تلطيفاً للمرض أضف الى ذلك ما يؤسف له كثيراً من أن المريض قد تسوء حالته عقب العملية . وأكثر ما تسوء الحالة عقب العمليات الكبيرة التى يربط فيها أيضاً الوريد الصافن الباطن في مثلث اسكاريا ، وقد يكون سوء الحالة عن تختثر يظهر في الوريد أعلى الربط ويمتد الى الاعلى من جهة القلب حتى يصل الى الوريد الفخذى المشترك الذى ينسد أيضاً بالجلطة . ويقول باروز إنه رأى أحوالا كثيرة طرأت فيها هذه المضاعفة المحزنة عقب ربط الوريد الصافن الباطن في مثلث اسكاريا ، وما كان ذلك ليحمله على التنحي عن اجرائها . وعليك ملاحظة ما يأتى لاتقاء هذه المضاعفة :

(١) - اتقان الصنعة والعناية بالطهر لاتقاء أدنى تلوث

(٢) - عمل الربط في الفخذ في مستو أدنى من المستوى الاعتيادى

صحيح ان من المناسب ربط الوريد غالباً لى تستطيع خلال الشق عينه أن تربط

الفروع الجلدية الأنسية والوحشية . قد تكون هذه الفروع كبيرة حتى لقد يخطئ الجراح فيحسب أحدها الوريد الصافن الباطن

ولست أخرج عن الموضوع اذا ذكرت شيئاً بشأن القروح الدوائية . فليس من النادر أن يرى الجراح في الساق قرحة يعلوها وريد كبير متمدد ، وقتئذ يزعم الجراح ان من سداد الرأى ربط هذا الوريد . وكان هذا صحيحاً معقولاً لو عملت العملية بغير خطر التهاب الوريد العفن . وللوصول الى هذا الغرض لا بد من اتقاء تلوث جرح العملية من القرحة نفسها ومن عمل الشق في مسافة نظيفة من الجلد غير ملوثة . أما عمل الشق في الجلد الملون بلون النحاس الأحمر فاللقاء المريض في التهلكة من الالتهاب الوريدي العفن والسقم الدموي الصيدي

السدادة الهوائية

كل موجز أو مطول في حوادث الجراحة أبتز إن لم يشمل شيئاً عن خطر دخول الهواء في الوريد وقد فتح في أثناء العملية . وهذا الخطر قريب في جروح الجزء السفلى من العنق والجزء العلوى من الصدر . ويمكن ، للتقريب ، تحديد منطقة الخطر بخطين بيضيين يرسمان من الابطين يمرُّ أحدهما أعلى الترقوة ، ويمرُّ الآخر أسفلها

وأهم ما يجب التنبيه إليه من الوجهة العملية؛ اذا أُنذر الصوت الصفيرى المميز الجراح أن أحذر فالهواء داخل في الوريد ، هو التنجى عن الضغط على الجزء الدائرى من الوريد بعد الجرح الوريدي . فحتى لم يمنع الدم من الجزء الدائرى بالضغط أو الربط وصل الى الجزء القلبي ، في دورته ، وحال دون دخول الهواء في الوريد . وليقصد الجراح بأصبعه ، أول ما يقصد ، أن يتقف الهواء من الدخول ، لا الدم من السيالان ، وليكن ذلك بالضغط بها على الجزء القلبي من الوريد . وحذاريك أن توجه اهتمامك الى النزف قبل ضبط الفتحة التى فى الوريد أو الجهة القلبية منه

وأحياناً تنقب قمة البلورا في أثناء عمليات العنق ، فيحدث الهواء بدخوله وخروجه في تجويف البلورا صوتاً قد يخطئ الجراح فيحسبه هواء داخل في الوريد ، وما هي إلا لحظة حتى تنجبه الى الرأى الصواب

النصيب الثالثون

آفات العمود الشوكي وأمراضه

كل ما يمكن أن يقال بشأن التشخيص هو أن كسور العمود قد تفوت الجراح من وقت الى آخر . ولا يزال الرأي سائداً حتى بين جماعة الأطباء إن من انكسرت عنقه لا يستطيع أن يعيش . والحقيقة هي أنه يستطيع غالباً أن يعيش ، وأنه يعيش فعلاً ؛ وهذه الحقيقة هي سبب الخطأ في التشخيص

أما أكثر الأغلاط فأكثر ما تكون في علاج كسور العمود لا في تشخيصها . ولا شك في ضرورة الراحة للعظام المكسورة مع تثبيتها بمسند من الجبس . فإذا كان الكسر في الجزء السفلي من العمود ، ولا سيما ذلك في سن الشبوية فلا حيلة لنا الا السند على فراش ثابت مما ييسر بوضع ألواح تحت المرتبة السلكية . ويزعم بعضهم أن المراتب المائية قد تصلح لسند الظهر في هذه الأحوال . وهو زعم باطل .

ومن الأغلاط الخطيرة في علاج الشلل النصفي سواء أكان عن آفة أو مرض استعمال القسطرة لاستخراج البول وقد احتبس . فإذا استعملت القسطرة فقريباً أم بعيداً يصاب المريض بالتهاب في المثانة يعقبه التهاب صاعد في المسالك البولية والكلية ، مما يسمى «بالكلية الجراحية» رغم اعتراض الجراحين وانزعاجهم . وينصح بعضهم بعمل فتحة فوق العانة علاجاً لاحتباس البول عن الآفات العصبية . وطريقة الفتحة الغوص بآلة بازلة واسعة في المثانة الممتلئة بالبول ثم ارسال قسطرة تحفظ نفسها بنفسها خلال قناة الآلة البازلة التي تسحب بعد ادخال القسطرة . ويمكن وضع صندوق فوق العانة^(١) ، أو تصفيتها في قنينة . وبعد حين تسترجع المثانة قوتها فتقذف البول ذاتياً بغير واسطة ، وبغير أن تتعرض لخطر العقوبة الموبقة

ويكتفي البعض الآخر ، لاتقاء امتداد العدوى من المثانة الى الأعلى ، بالعناية التامة ،

في أثناء ادخال القسطرة . فيطهر القضيب تطهيراً جيداً ، و يغسل الصماخ البولى غسلاً قبل القسطرة . ويحب تغطية القضيب ، في الأوقات الأخرى بسابري (شاش) جاف معقم . ويحسن أن تكون القسطرة رخوة ، وتطهر بإغلائها جيداً ، وتدهن بمادة زيتية معقمة . فإن ظهرت أعراض التهاب المثاني فالمعتاد غسل المثانة ، مرتين في اليوم ، بمحلول مطهر خفيف كمائل كوندى^(١) ، أو محلول البوريك ، أو بوروجاسيريد^(٢) بنسبة ١ في عشرين ، أو محلول الساليتاس بنسبة ١ في ٢٠ . ويعطى المريض اليوروتروبين أو السالول أو حامض البوريك بمقدار نصف جرام تقريباً ، ثلاث مرات في اليوم . ومن المهم التذكير في تشخيص الأورام الشوكية ، أو نخر العمود ، وإنه وإن يكن من الصعب أحياناً هذا التذكير إلا أنه من الضروري أن يحاول ذلك الجراح ما استطاع إليه سبيلاً . فكثيراً ما حسب الألم والأعراض الأولية الناشئة عن الأورام جراحون ذوى شهرة فائقة وصيت ذائع أنها أعراض عصبية ناشئة عن اضطراب في وظيفة الأعصاب وقد رأيت ، وأنا الطبيب الأول بمستشفى بنها ، مريضاً بأعراض النخر في العمود الشوكي في جزئه العنقي كان يعالجه طبيبه على زعم أنه احتقان في اللوزتين مصحوب بالآلام روماتزمية .

وكثيراً ما يتضح « عرق النسا » أنه عرض ورم شوكي أو نخر في العمود . وإياك أن تنسى الاستعانة بالأشعة وصورها ، في مثل هذه الأحوال ، فإنها قد توضح التهاباً عظميةً في فقرة أو أكثر أو تبين ورمًا في العظم . ويبس العمود الشوكي علامة جيدة في أحوال النخر .

أما الخراج الصليبي^(٣) الذي يظهر في بعض أحوال النخر في العمود فقد يلتبس بالتهاب الزائدة الدودية إذا كان الخراج في الجية اليمنى وكذلك يلتبس أحياناً بالخراج السطحي في موضعه وأهم علامة تسترشد بها هي يبس العمود في أحوال النخر ، فهي من العلامات الأولية .

Condyl's Fluid. (١)

Boroglyceride. (٢)

Psoas Abscess. (٣) الخراج الصليبي هو الخراج البسواسي أى

الفصل الحادى والعشرون

العدوى الجراحية

يصح أن أذكر شيئاً عن العدوى الموضعية والعمومية مما يسمى بالعدوى الجراحية . ولنضرب لذلك مثلاً خراجة حادة صغيرة ، وهل يستوى الجراح الحاذق والجراح الآخر فى الفحص عنها ؟ كلاً . فالأول يعمل عمله بلطف ورفق ولين فلا يشعر به المريض ، وأما الثانى فيعمل بأصابع باردة قاسية ويبد غليظة فظة فتراه وهو يفحص عن التوج مثلاً يضغط ضغطاً مؤلماً يقشع منه جسم المريض ، ولا يكتفى بالمرّة ولا المرتين ، بل تراه يضغط المرّة بعد الأخرى وكأنه لا يدري ماذا يعمل ؛ وكأنه لا يفهم أن المريض من عمله يتألم

وعلى الجراح ، اذا ما دعى لعلاج آفة موضعية ناشئة عن العدوى ، أن يحاول الجواب على هذه الأسئلة : ما هو الميكروب المعتدى ؟ وكيف وصل الى مكان العدوى ؟ وماذا بيده من الوسائل التى تصلح للعلاج عدا الشق والتصفية ، أو بدلاً منهما . وقاما يهتم بهذه الأسئلة . وأهمها السؤال الأول ، ولا يكون طريق العلاج صحيحاً إلا اذا كان الجواب عليه صواباً

ومن سوء الحظ أن المباحث البكتيريولوجية تكلف المريض كثيراً ، وهذا مما يبرر قصورنا عن أن نحدو فى علاجنا البسيط من العدوى حذو المثل الأعلى . ومما يشفع لنا فى تقصيرنا فى علاج الأحوال البسيطة على نحو المثل الأعلى حرصنا على جيب المريض . أما اذا كانت العدوى الموضعية والعمومية شديدة فمن الضرورى أن نعرف طبيعة الميكروب المعتدى ليسهل علينا مواجهته

وما أغرب ما يرى ذلك الجراح الذى يعتمد على هذه القاعدة فى عمله . هذا الى أنه بذلك يخطو خطوات واسعة فى فنه . ألا يلذ له أن يشفى داحساً دفتيراً سريعاً بالحقن بالمصل المناسب ؟ ألا يسره أن يتنبأ عن سير الالتهاب الفلغمونى النيوموكوكى ؟ ألا يحوز ثقة عظيمة اذا عرف أن الصديد فى خراج فى العنق يحتوى على الفطر الشعاعى

وان التهاب الفم سيلانى ، وان البثرة التى فى المريض خبيثة ؟ قد يقال لك إن هذه نواذر فأقول لك وما يضررك لو عرفت نوع الميكروب المعتدى فى الأحوال الاعتيادية فقد يتضح ، فى المستقبل القريب ، ان لكل نوع من الميكروب نوعاً من المطهر يكون به سريع التأثير والتلف . ولم أذهب بك للمستقبل ، وفى وسعنى أن أذكر لك الآن أنواعاً من العدوى الموضعية يختلف فيها طريق العلاج باختلاف الميكروب المعتدى كالانسكاب فى تجويف البلورا والالتهاب المفصلى العفن

وينبغى لك ، أيها الجراح ، اذا ما حاولت أن تفتح خراجة ، ألا تغوص بمشراطك خلال الحاجز الواقع من الأنسجة حوله متجاوزاً الخراجة الى الأنسجة البريئة ، وأنزم ما يكون هذا الحذر فى أحوال الداحس ، ولعلّ أغلب عدوى أغمدة الأوتار وتغنزرها من استعمال المشراط استعمالاً غشياً . واذا اقتضى الداحس شقوقاً غائرة فلتعمل بجانب الاصبع ، وحذاريك أن تعمل هذه الشقوق ، كما تعمل كثيراً ، فى متوسط سطحها الراحى أو الظهري . ولولا ضيق المجال فى هذا الكتاب لاختصرت لك المناقشة الطويلة البديعة التى سمعتها فى الجمعية الطبية البريطانية الجراحية فى اجتماعها فى بور تسموث فى العام الفائت على العدوى الحادة فى اليد . وليراجعها من شاء فى جزء ٣٢٨٣ من المجلة الطبية البريطانية الصادر بتاريخ أول ديسمبر سنة ١٩٢٣

ومن دواعى الفشل فتحك جيئاً سطحياً وتركك جيئاً آخر غائراً مستطرفاً معه ومتصلاً به ، ومثال ذلك فتح خراج على النتوء الحامى وترك العظم سليماً وأنت عليم أن المرض كله فى الجيب والخلايا الحامية . ومثال آخر فتح جيب فى التهاب محيط الرحم المتقيح وترك جيوب أخرى . ومثال ثالث ما يحدث فى الالتهاب السمحاقى الحاد فى عظم طويل ؛ اذ يشق الجراح على العظم فيجد الصديد بينه وبين السمحاق ويكتفى بتصفيته ولا يمضى إلا قليلاً حتى ينتشر النكروز فى العظم ، ويطراً الالتهاب المفصلى العفن من الامتداد المباشر ، ثم السم الدموى الصديدى . فكم من مريض طويت صحيفته ، وكم من طرف فقدده صاحبه من هذه الغاظة التى يساعد على الوقوع فيها الخطأ فى اسم المرض منذ الزمن القديم . فلا بد أن يحى اسم « الالتهاب السمحاقى الحاد »

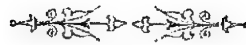
ويزول من ميدان الكتب الجراحية . فالمرض هو « الالتهاب العظمى » . وإذا حدث التقيح ، في هذا المرض فإصديده موضعان يتجمع فيهما ، فالموضع الأول ما بين السمحاق والعظم ، والموضع الثانى هو المسافات النخاعية والاسفنجية فى العظم . فعلى الجراح ، فى كل حالة ، ألا يكتفى بتصفية الصديد فى الموضع الأول ، بل عليه أن يفتح العظم فتحاً عظيماً يكفى لتصفية ما فى نخاعه من الصديد

وما كنت لأرانى بحاجة الى التنبيه الى عدم اهمال احتياطات الطهر والتطهير فى أثناء فتح خراج « لأنه عفن أو ملوث أصلاً » لو لم أسمع هذا العذر حديثاً . نعم إنه عذر أقبح من الذنب اذ يجب على الجراح بذل أقصى ما فى وسعه لكيلا يضيف الى الميكروبات المعتدية أنواعاً أخرى منها يشتد بها أضرارها فتحدث مضاعفات قد تقضى على حياة المريض ، أو على الأقل ، تعطل سيره الى الشفاء

واكثر ما قيل على العدوى الموضعية منطبق على العدوى العمومية وهناك طائفة من المرضى تأخذ الواحد منهم الحى ، وتكون مواظبة لا تنقطع عنه ، ويبقى سببها غامضاً . وقتئذ تلزم المهمة ، ويجب التعاون ما بين الطبيب المتوفر على الأمراض الباطنية ، والجراح ، والباثولوجى ، فيفحص عن الدم ، عدا وتميزاً ، واستنباطاً . ويفحص عن المريض فحصاً كيميائياً كاملاً . فقد عرف بعضهم مريضاً كان يعالج ، زمناً طويلاً على زعم أنه مصاب بالوبالة (المالاريا) . وحقيقة مرضه خراج عظيم فى الآلية لسبب ما ستره عن الطبيب المعالج . وسمعت من أحد شيوخ الأطباء ، وقد كنت أعوده ، قصته الغريبة فأثرت نقلها ، ههنا ، لما فيها من الفائدة . قال لى إن حى المالاريا كثيراً ما تأخذه من وقت الى آخر ، وكان يعالجها بالكينين تناولاً بالغم ، أو حقناً تحت الجلد . ولم تك الحى لتعاند هذا الدواء على غير ما هى الحال فى الدفعة الاخيرة اذ أصابته وكان مقيماً فى بنى سويف . فدعا إليه أحد الأطباء وطلب منه أن يعمل له حقن الكينين ، لعمامه بالمرض وبعلاجه . فافتنع الطبيب بكلام مريضه الطبيب وعمل له الحقن . واستمر يعمل الحقن بغير فائدة . وأخيراً عملت له استشارة طبية اتضح ، فى أثناءها ، انه مصاب بخراج عظيم حول المستقيم فأجريت له عملية جراحية بعد أن انهكت الحى قواه

قد يكون للأطباء في هاتين الحالتين بعض العذر لعدم تشخيص الخراج لكن ليس لهم أدنى عذر في تشخيص المرض بالمalaria وإهمالهم بالتحقق منه بالفحص عن الدم وقد رأى أحد الجراحين أحوالاً كثيرة طراً منها السم الدموي الصديدي على أثر التعفن الحلي مع عدم وجود علامة موضعية عليه . وقد لا يوجد شيء ، في مثل هذه الأحوال ، سوى أذن هادئة مع انتقاب قديم . وقد لا يكون هناك انتقاب أو بروز في غشاء الطبلة

وكثيراً ما يغفل الخراج المنفرد في الكبد الناشئ عن الزحار أو الاستافيلوكوك الذهبى وكذلك الخراج تحت الحجاب الحاجز . ويحكى أحد الجراحين أنه رأى مريضاً طالت عليه الحلى ولزم فراشه أياماً كثيرة كان يعالج فيها من حمى مجهولة الطبيعة ومكث كذلك حتى من الله عليه بطبيب حاذق فحص عن بوله فوجد فيه علامات محسوسة على السيلان . والحكايات كثيرة ليس يتسع المقام في هذا الموجز لذكرها ، على أننا نحتاج إليها جميعاً لاتفاقها في المفزى المستفاد منها . فهي كلها تعلمنا أن نبذل أقصى ما في وسعنا للفحص عن المريض فحصاً كاملاً ، وكذلك تعلمنا ضرورة التعاون بين الطبيب والجراح والباثولوجي وغيرهم من أنواع التوفر على الفروع الطبية



الفصل الثانی والتملؤنه

المرض الخبيث

يقع الجراح في أغلاط كثيرة في أثناء تشخيص المرض الخبيث . واكثر هذه الأغلاط شيوعاً عدم القدرة على تعرف المرض ، وهو في الدور الأول ، أو وهو على وشك الظهور . فهناك مقدمات في بعض أجزاء معينة كاللسان ، والثدى في النساء ، والرحم ، ففي كل ذلك مقدمات تسبق المرض وتدل عليه ، ويمكن الجراح أن يلاحظها بالفحص الدقيق . ولكننا ، مع ذلك ، كثيراً ما نرى الثؤلول أو التشقق المزمن في اللسان مع الالتهاب المزمن فيه ^(١) بهمل علاجه ، بل كثيراً ما نراه ، اذا عولج ، عولج علاجاً غير صحيح بغير فائدة

والذي يلزم ، في مثل هذه الأحوال ، هو التعجيل بالاستئصال ثم الفحص عن المنسوج المستأصل فحصاً مجهرياً . وليس لك على اهمالك هذه الطريقة أى عذر لانك اذا اتبعتهما مباشرة فكثيراً ما يتضح الورم الخبيث فينصح العليل بالعماية الشفائية ووقتئذ يكون الأمل في الشفاء التام عظيماً

أما الثدى في النساء فكثيراً ما تكون الاكياس ، والأورام اللبنية ، والأورام الاديونومية التي تظهر فيه مبشرة بالورم الخبيث . ولا سيما ذلك في من تجاوزت الأربعين من العمر . والذي يجب أن يتبع هو الاستئصال ، والفحص عن المنسوج المستأصل فحصاً مجهرياً . وهذا الكلام ينطبق أيضاً على التقرح أو التآكل في عنق الرحم . وكل جراح له خبرة واسعة لا بد أن يذكر بعض أحوال محزنة بسبب اهمال هذه القاعدة الذهبية وهل أدلك على ما يجب أن تتبعه في كل ورم استأصلتة بعملية جراحية ، ولو كان حميداً في الظاهر ، وأينما كان موضعه ، للهروب من الوقوع في هذا الخطأ ولضمان سلامة المريض في المستقبل ؟ تُرسل الورم للفحص عنه مجهرياً . ربما كلفك هذا العمل شيئاً

(١) الالتهاب المزمن في اللسان . Leucoplakia.

من المشقة ، وكلف المريض شيئاً من النقود لكنه ضرورى وضرورى جداً
دعيت لأرى سيدة مصابة بالسرطان فى الثدي وكان على ثديها فى الناحية المصابة
أثرة التحام صغيرة . وأخبرنى طبيبها أن هذه الأثرة تخافت عن عمالية جراحية لاستئصال
ادينوم من الثدي منذ سنتين . وكان الادينوم متكيساً غير خبيث . فلم يرسله للفحص
وذات مرة حضر الى العيادة الخارجية فى المستشفى صبي وكان مصاباً بورم وحى صغير
فى الساعد . فاستأصل الجراح المقيم هذا الورم بتخدر موضعى . وبعد قليل عاد الصبي وقد
ظهر عنده ورم بالقرب من أثره الالتحام . فاستأصله الجراح المقيم ، أيضاً ، بالمخدر
الموضعى ، وهو لا يزال يزعم أن الورم حميد . ولم ير فى الدفعتين ، ضرورة لارسال
الورم للفحص الجهرى . ولما عاد الصبي ، المدفعة الثالثة ، بعد بضعة أشهر ، كان عنده ورم
فطرى متفرح فى الساعد وغدد فى الابط ، ورواسب خبيثة فى الرئتين . كان الورم خبيثاً
من السركوم الاسود

وهناك نوع آخر من الخطأ ليس نادراً ؛ وهو حسبك الرواسب الثانوية الورم الأولى
وإنه وإن تكن نتائج الخطأ أقل خطراً من الخطأ الأول إلا أن من الضرورى التنبيه
اليه . ولعل أحسن مثال لذلك استئصال الورم المبيض الخبيث على زعم أنه ورم أولى
بينما هو فى الحقيقة ثانوى لسرطان فى المعدة ، أو أى عضو آخر . وليس من النادر
حسب الورم الثانوى فى العظام سركوماً أولياً ، وإذا بترت الطرف ، بعد ذلك ، فقد
صارت غلطتك أفظع . ولا يمكن القول باتقاء هذه الغلطة دائماً ؛ لكنها لا تغفر دائماً
أيضاً . وخير طريقة لاثباتها ذكر كإياها وفحصات عن المريض فحصاً كاملاً دقيقاً

وقريب من ذلك استئصال الورم الأولى مع وجود رواسب ثانوية لانك تعنت
المريض لمشقة عمالية كبيرة بغير فائدة

كان رجل مصاباً بورم فى البطن . وبلاستقصاء اتضح أنه سرطان فى القولون
النازل . فاستأصل الجراح الجزء المعوى المضاب بسرعة غريبة وبمباراة فائقة ووصل
طرفى المعى وصلاً جيداً وقبل أن يبدأ فى اقفال الجرح الذى فى جدار البطن طلب منه
طبيب العائلة الفحص عن الكبد وتحرى حالتها . وهل تدري ماذا وجد ؟ لقد وجد
الكبد منتشراً فيها السرطان انتشاراً شديداً

ويلوح لى أن وسائل التلطيف كثيراً ما تغفل فى المرض الخبيث اذا تجاوز طاقة الجراح فليس ما يمنع اجراء العمليات الكبيرة تخفيفاً لحالة المريض وإن يكن الشفاء التام غير متوقع . فليس سير المريض نحو القبر من الأورام الثانوية فى الحجاب المنصف والرتين مؤلماً للمريض وذويه أله وهو يقاسى ما يقاسيه من قرحة سرطانية متقرحة ، وقد ينفع قطع بعض الأعصاب كالعصب السنى السفلى والعصب اللسانى فى السرطان المتقدم فى الشفة ، وقد يحسب هذا الكلام خروجاً عن موضوع الكتاب وليس هو كذلك لأننى أريد أن ألفت الجراح لكيلا يحصر فكره فى استئصال الورم استئصالاً شافياً أهو ممكن أم لا ، غير ناظر فيما يجب عليه من توجيه شىء من عنايته لتخفيف آلام المريض فيمابقى له من أيام حياته

نشر الورم الخبيث بالعملية

مما يجب على الجراح اتقاؤه ، فى أثناء استئصال الورم الخبيث ، نشر المواد السرطانية فى الجرح .

وللوصول الى هذا الغرض لا يشق الورم الأولى ، ولا الغدد اللعابية ، ولا الانسجة الأخرى المصابة . ففى استئصال سرطان الثدي مثلاً يلزم أن يستأصل الجراح الورم ، والثدى ، وجميع الانسجة المجاورة ، والعضلات الصدرية العظيمة والصغيرة ، والغدد الابطية ، يلزم أن يستأصل كل ذلك صبرة واحدة . ويجب أن يكون القطع بعيداً عن حدود الورم اذا أراد الجراح الوصول الى نتيجة حميدة .

سركوم العظم

السركوم السمحاقى

لو سأل سائل عن خير علاج للسركوم السمحاقى لأجاب الجراح بغير تردد «البتر» وهذا الجواب صحيح لو نظرنا الى المسألة من الوجهة النظرية ، وكذلك الكتب الجراحية التى منها يستقى هذا الجواب . ولكنك لا تستطيع ، أيها الجراح ، أن يكون جوابك فى عملك لمريضك بغير تردد ، وذلك لسببين : -

(١) خطأ التشخيص - كيف يستطيع الجراح أن يضمن لنفسه صواب رأيه في التشخيص . فعلاج مرض السركوم السمحاقى غير علاج المريض بالسركوم السمحاقى فالجراح الذى يبادر الى البت فى أن الورم سركوم بغير شك ، والذى يبادر الى البتر ، اعتماداً على ثقته بنفسه ، قد يأتى أمراً إذاً . نعم قد يكون للبت فى التشخيص بهذه الثقة والبت فى العلاج بهذا الحزم ، شئ من التأثير فى المريض ، وذوى المريض ، وسائر الناس عامة ، وهذا مما يضطرنا الى تقييد أنفسنا لكيلا نجري وراء الهوى .

فكم من طرف بتر غلطاً على أن المرض سركوم سمحاقى وما هو إلا ورم التهابى ، أو ورم صمغى ، أو دشبذ ، أو كيس فى العظم ، أو ورم آخر حميد . وبشئ من العناية يمكن التنجى عن كثير من الأغلاط لكن المرض فى أول أمره لا بد أن يكتنفه شئ من الشك .

ومن الضروري الفحص عن المريض فحصاً كاملاً ، والفحص عن الرواسب الثانوية والاصابات المتعددة . واذا انتشر المرض فى الجسم فقد فات أوان الأمل فى الشفاء بالبتر . واذا أصاب المرض أكثر من عظم فالمرض غالباً حميد ، لأن السركوم لا يكون متعددأ فى العظام الا نادراً جداً على غير ما هى الحال فى الالتهاب الدرئى والسفلسى . وليس نادراً أن تعدد الأكياس والأورام الحميدة . ولا بد من استقراء التاريخ الاكلينيكي استقراء دقيقاً . ولا تنس الفحص عن الدم . وللصور الجميلة التى تؤخذ بالأشعة فائدة كبيرة ، على أنها تخدع أحياناً .

ومن الوسائل التى تقرب للصواب الفحص عن الورم فحصاً مجهرياً ، وان كان من الضرورى أن يتقبل الجراح نتيجة الفحص بكل احتياط . هذا الى أن على طريقة قطع جزء من الورم الحبيث لا عناته للفحص المجهرى اعتراضاً وجيهاً لأن القطع بهذا الشكل مما يساعد على انتشار المرض .

ويمكن أن يقال بالاختصار أن التدقيق فى الفحص مما يقلل الأغلاط كثيراً لكن لا يمنعها تماماً .

(٢) فشل نتائج البتر - أما السبب الثانى الذى يدعو الجراح الى التردد فى التوصية

بالبتر فهو فشل نتائجه . فقد ظهر من التجارب أن الشفاء بهذه الطريقة بعيد . لأن الأورام الثانوية تظهر بعد حين وتتلف حياة المريض . ويحسن أن أقول إن الانذار عقب البتر يختلف باختلاف موضع الورم الأولى ، فإن يكن في عظم الفخذ ، أو عظم العضد فالأمل ضعيف جداً في نجاة المريض بالبتر ، بل هو في عظم الفخذ أضعف من أن يذكر . وقد تعمل ، وقتئذ ، العملية لغرض التلطيف ، بشيء من الفائدة ، لكنها لغرض الشفاء عديمة الجدوى تقريباً بل إن فائدتها ، في هذه الحالة ، لا تعادل احتمال خطأ التشخيص ، وكلما قرب الموضع من الأطراف فالانذار أحسن على حد قولك : وفي الشر خيار .

والخلاصة أن المريض بسركوم في عظم الفخذ لا يحتمل أن يستفيد من البتر خلال المفصل الفخذي الوركى . أما إذا كان السركوم في عظم العضد فقد تطول الحياة بالبتر ، لكن رجوع الورم قريب . أما إذا كان السركوم في سائر العظام الطويلة الأخرى فقد تطول الحياة ، وقد لا يرجع الورم .

ولسوء الحظ أكثر ما يكون السركوم السمحاقى في عظم الفخذ والعضد . وهناك أحوال قليلة مذكورة في الصفحات الطبية عن مرضى مصابين بالسركوم السمحاقى ولم يقبلوا التضعضع لعملية ، لكنهم تحسنوا . وهذا مما يقتضى أن يتدبر الجراح طويلاً قبل البت في أمر البتر للاشتباه في سركوم سمحاقى

السركوم داخل العظم

ليست الصعوبة في الوصول الى صواب التشخيص ، ههنا ، بأقل منها في السركوم السمحاقى ، وليس خروجاً عن الموضوع أن أذكر بعض الأمثلة للتوضيح . وصور الأشعة تحتاج الى حذق لعملها ، وإلى خبرة لشرحها . وما الحاذق في العمل والخبير في الشرح بمعصوم من الخطأ .

رجل في الثالثة والعشرين من العمر انكسر عظم فخذه في منتصفه تقريباً . وكانت الإصابة خفيفة ولم يكن ، هناك ، علامات سابقة تدل على وجود مرض في العظم .

وحدث التحام بشيء من التشوه . وبعد الحادثة بسنتين شوهد ورم عظيم في موضع الكسر حيث يستطيع الانسان أن يحصل على أزيز بالضغط وعلى احساس التموج . ودلت الصورة على ما حسب وقتئذ أنه كيس حميد . وأجريت للمريض عملية استقصائية . وفيها فتح كيسان ، كان لهما جدر ليفية غليظة ، وفيها سائل أصفر صاف . وبعد سبعة أشهر وجد ورم كبير في عظم الفخذ وكان متموجاً . فعملت صورة بالأشعة ، وعمل له عملية ارادة استئصال الجزء المتوف ووضع طعم . لكن وجد حول الكيس ورم بلون أبيض مرتشح في العضلات . واتضح من الفحص المجهرى أن الورم سركوم بخلايا مغزلية فيها خلايا عظيمة .

ويذكر لو كهات مجرى حكاية تناقض التي ذكرت :

كانت المريضة صبية في الثامنة من عمرها ، وبينت صورة الأشعة ما حسب أنه سركوم داخل العظم في الطرف العلوى من عظم العضد . وبعد بتر العضد اتضح أن الورم كان كيساً حميداً .

من ذلك يتضح لنا أن من الضروري أن نتلقى نتائج الصور بكل تحفظ أهو سركوم داخل العظم أم كيس حميد . ولقد قال جوردان وهو من اكبر الثقات في التصوير بالأشعة ان الطريق الوحيد للتمييز بين الكيس في العظم والسركوم النخاعي فيه هو الفحص المجهرى

ومن سوء الحظ أن المجهر لا يكون دليلاً صادقاً دائماً في هذه الأحوال . لكنه مساعد ويجب الاستعانة به دائماً .

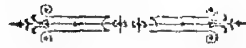
إن التشخيص لا يمكن الوصول اليه بالفحص بطريقة وحدة . بل لا بد من معرفتك باتولوجيا أورام العظم معرفه جيدة ، والمواضع التي يكثر حدوثها فيها ، والأعمار التي تغلب فيها الأورام المختلفة ، ولا بد من الفحص عن المريض فحصاً دقيقاً ، ومن الصور المأخوذة بالأشعة بمحاذق فيها ، ومن شرحها بخبير شرحاً صحيحاً ، ومن الفحص عن المتسوج بالمجهر فحصاً بعناية لا بد من كل ذلك للوصول الى نتيجة تمكنك من التوصية بالبت . زر المتاحف الطبية تر فيها عجباً ، تر الأطراف التي بترت بسبب الورم الصمغى ، والالتهاب

العظمى الدرني ، والدشبد ، والأكياس الحميدة ، وساثر الأورام الحميدة الأخرى . زر هذه المتاحف أيها الجراح تبرّ ما يجعلك في يأس وقنوط لولا ما تهتدى به من تجارب الذين وقعوا في هذه الأغلاط .

ومن طرق العلاج الشائع لكيس العظم أو الورم السركومى النخاعى إذا لم يكن متقدماً هو الكحت . وليس يخلو هذا العمل البسيط من الخطر ؛ فقد ذكر بعضهم أحوالاً حدث فيها نزف غزير عقب الكحت . استمر النزف في إحدى هذه الأحوال حتى مات المريض ، واستمر في أخرى ولم يقطعه الا قطع الطرف .

ومن الخطأ حسبك السركوم الذى ينمو بالقرب من طرف العظم الطويل أنه التهاب مفصلى . ولقد مر بك أن بوتلن وكولبي وجدوا أن من ٢٢ مريضاً بالسركوم عولجوا بمستشفى القديس برثليميو لا أقل من عشرة كانوا يعالجون للالتهاب المفصلى الحاد أو المزمن . أما الغلط بحسب الرواسب الخيشة الثانوية في العظم انها أورام أولية فقد مر ذكره ، كما مر بك ذكر الأطراف التى بترت لهذا الغلط

وكان بودى ، لولا ضيق المجال ، أن الخص مقالاً جليل الشأن في تشخيص السرطان تلاه جوردون ^(١) على الجمعية الطبية الجراحية ^(٢) ونشر في المجلة الاكلينيكية بتاريخ ٥ مارس سنة ٩٢٤



Gordon. (١)

Medico-Chirurgical Society. (٢)

الفصل الثالث والستون

التخدير

وإنه وإن يكن هذا الكتاب خاصاً بأغلاط الجراحين وحوادث الجراحة إلا أن من الصواب أن أذكر فيه ما قد يقع من الحوادث الخاصة بالتخدير لعلاقتها بالجراح والعملية .

رأيت مخدراً وقد وقع في حيرة عظيمة وأرتباك شديد لأنه لم يستطع أن يخدر أو ينوم مريضاً بالكوروفورم بالتقطير على رفادة . حاول التنويم نصف ساعة أو أكثر ولما لم يفلح وأخذ يبحث عن السبب وجد أخيراً أن ما في القنينة هو إثير لا كوروفورم فاقصر الضرر في هذه الحالة على تعاب المريض ومضايقة الجراح على غير ما هي الحال في الحكاية الآتية : —

كان جراح يعمل عملية لمريض ، وكان تخديره بالإثير بالطريقة المفتوحة فشحب لونه فجأة ، وصار التنفس سطحياً ، وتمددت الحذقتان ، وكان على وشك الموت . وكان الجراح ، لحسن الحظ ، على وشك الانتهاء من العملية ، فأتمها بغير مخدر . وهذا ما حدث في حالة أخرى بنهاية محزنة لأن المريض توفي . ووقتئذ عرف أن ما في القنينة هو كوروفورم لا إثير . كان النوم يستعمل قنيتين صغيرتين بقطارتين ، فلما فرغت أحدهما ملأها الممرضة بالكوروفورم وناولتها النوم . وبذلك وضعت الممرضة الكوروفورم في القنينة بدلاً من الإثير

وفي حالة أخرى وضع الكوروفورم بدلاً من الإثير في شماعة كلوفر^(١) بخطر عظيم للمريض

وذات مرة ، وقد كنت أعمل عملية في حالة احتباس معوي ، ليلاً ، في مستشفى عباس ، فرغت قنينة الكوروفورم قبيل نهاية العملية ، فطلب النوم من رئيس الممرضين أن يملأها له . وبعد الفراغ من العملية شممت رائحة زيت التربنتينا فزعمنا أنه وضع فيها

(١) Clover's inhaler.

التربتينا بدلاً من الكلوروفورم . وبالتحري اتضح أن هذه الرائحة كانت من دهن البطن بالزيت قبل العملية ؛ ولم تشم في أثناء العملية لأن البطن كان مغطى بالفوط فهذه كلها مما يدعو المخدر الى التحقق من المادة التي في القنينة قبل الاستعمال بحاسة الشم ، وهو ما يفعله بعضهم . وليس يستطيع الانسان أن يعتمد دائماً على الأنف للوصول الى معرفة السائل المستعمل فمن المستحيل التمييز بين الإثير والكلوروفورم بحاسة الشم بعد استنشاق بخار المخدر زمنًا ما . وهذا ما يدعو الى الاستعانة بوسائل أخرى كأن يستعمل للإثير قنينة كبيرة مثلاً ذات شكل يخالف شكل القنينة التي تستعمل للكلوروفورم والتي تكون أصغر ، وكأن لا يعتمد المخدر على غيره في ملء هذه القناني وإخلاؤها

وذات مرة أراد منوّم خبير أن يبرهن على قدرته على تنويم مريض في وقت معقول بغاز أوكسيد النيتروز^(١) وقد فات بعض الوقت ولما يعرف أنه إنما كان يعطى المريض الأكسجين النقي لأنه فتح صنبور اسطوانة الغاز الآخر خطأ

وقد حدثت حوادث موقفة من عدم إحكام الأنابيب المرنة في شمامة جنكر^(٢) فيقذف الكلوروفورم قذفًا في فم المريض . ولاتقاء هذه الحوادث لا يملأ إلا ثلث القنينة التي في الجهاز بالكلوروفورم وأن تحكم الأنابيب بالقنينة إحكامًا جيدًا ، وللتحقق من صحة التفاصيل يحسن أن يختبر المنوم الجهاز كله قبل استعماله . ولا أراني بحاجة أن أذكرك بعدم قلب زجاجة الكلوروفورم في أثناء الاستعمال

وهل أدلك على خطر آخر . هو ما يحدث عن اعطاء المريض الأدرينالين وهو مكافر كفرة^(٣) خفيفة . وأول من نبه الى خطر الجمع بين الكلوروفورم والأدرينالين هو المستر درنكوتر^(٤) وإطالما سمعت عن حوادث موت فجائي، في أثناء العمليات من الجمع بين الاثنين معًا

Nitrous oxide gas. (١)

Junker's inhaler. (٢)

كافر المريض نومه بالكلوروفورم وهو من استعمال بعض المتأخرين

Mr. E. H. Drinkwater. (٤)

وهناك متاعب خفيفة تنشأ عن ملامسة الاثير أو الكلوروفورم جلد المريض . فليس من النادر حرق الوجه بشمامة الكلوروفورم اذا كانت رطبة وملتشعبة به وملامسة الخدين والأنف . وينتق هذا الخطر بإتقاء ملامسة الشاممة الخدين والأنف ، أو بدهان الوجه بالفازلين قبل تنويم المريض . وقد تنزل نقطة أو أكثر من الكلوروفورم على عين المريض قهيجها . وينتق هذا الخطر بوضع فوطة على العينين . وقد يحدث ذلك عن الاثير أيضاً

ويصح أن يحدث تصقيع في الخدين ، في أثناء استعمال الاثير بالطريقة المفتوحة ، وذلك من تواصل الضغط من الشاممة المثلوجة . وخير ما يعمل لذلك ، اذا ثابحت الشاممة ، وضع فوطة بعد باها بالماء الدفئ على الوجه من وقت الى آخر ومن العادات الممقوتة هو اختبار الفعل المنعكس للقرنية بالأصبع مراراً ، في أثناء التخدير . فليس هذا العمل ضرورياً ، هذا الى أنه مما يؤذى بشرة القرنية الرقيقة . ومن العوامل الفعالة على أذى القرنية جفافها في العمليات الطويلة اذا بقيت العينان مفتوحتين . ففي كل المرضى الفاقدين إدراكهم يلزم انزال الجفن العلوى على القرنية ، من وقت الى آخر لترطيبها ، اذا بقيت عيونهم مفتوحة ، وكذلك في المرضى المخدورين يلزم وضع نقطة من زيت الخروع في الملتحمة أحياناً

ومما يذكر اشتعال بخار الاثير ، في أثناء العملية ، لقربه من مصباح غاز . وإياك أن تنسى هذا الخطر . فقد رأى أحد الجراحين ما حدث لمريض كان يخدر بأوكسيد النيتروز ، والاثير ، والاكسجين اذ رأى المنوم أن يرفع عنه الشاممة لسبب ما ، وفي أثناء رفعها مر بها بالقرب من مصباح كئولى كان يستعمل لتدفئة البخار وهو يمر في جهاز التخدير . ولقد أطفئت النار التي اشتعلت بالقضائف سريعاً ولم يحدث للمريض الا حروق سطحية بسيطة

وقد يحدث أن الجراح يصاب بغازات انحلال الكلوروفورم الناشئة عن اقتراب بخار الكلوروفورم الى موقد حار . ويقول الجراح الذى أصيب بهذا الحادث إنه لم يستطع إتمام العملية إلا بكل صعوبة لانسكاب دموعه انسكاباً جعل على عينيه أغلاط الجراحين (٣٩)

غشاوة ، ولهاياج خنجرته . وكان الموقد الذى فى الغرفة ، فى هذه الحالة ، يقاد بفحم الكوك . وفى حادثة أخرى كان الموقد يقاد بزيت البترول وقد احمراً الجزء العلوى منه فأحدث اعراض انسكاب الدموع والهاياج الخنجرى . ومن الغريب أن الجراح والمنوم كليهما سقط على الأرض مغشياً عليهما . ومن حسن الحظ أن الممرضة التى كانت بغرفة العمليات لم تتأثر كثيراً فبادرت الى فتح النوافذ ، وتخليص المريض من الخطر بإخراجه الى الهواء الطلق وكان طفلاً . ولما تجدد الهواء فى الغرفة أفاق الجراح والمنوم .

الاختناق

أهم خطر يتعرض له الشخص الذى يعطى الكلوروفورم يعطيه غير خبير هو الاختناق . فكثيراً ما يرى المنوم غير الخبير وقد تأخر طويلاً تأخيراً غير ضرورى فى إدارة رأس المريض الى ناحية ما ، ورفع الفك الى الأمام ، وجذب اللسان ، ووضع المسلك الهوائى الصناعى . فلم ذلك ؟ ولم تستعمل تلك الآلة القديمة ذات النصلين التى تضغط اللسان وتسحقه ، وتسمى بجفت اللسان ، ولم لا يستعمل ، بدلاً من هذا الجفت ، الجفت الآخر الحديث الذى يرشق اللسان أو طرفه ، فلا يتألم المريض منه وقد أفاق من التخدير على غير ما هى الحال اذا استعمل الجفت القديم

وقلما نحتاج الى استعمال جفت اللسان ؛ لأن خير طريقة لجذبه فى أحوال الاسعاف ادخال السبابة وجذب اللسان بها بالضغط عليه أعلى لسان المزمار . ولتسهيل مرور الهواء خلال الفم والبلعوم يمكن استعمال المسلك الهوائى الصناعى ^(١) لأنه مفيد غير ضار ومن القواعد الأساسية لإعطاء المخدر من الفم والأنف اتقاء أى عائق للتنفس . فلا بد أن يكون الشهيق والزفير بكل سهولة . ولهذا الغرض يلزم فك الملابس الضاغطة على الصدر ، وفك أى رباط يكون حول العنق قبل البدء فى إعطاء الكلوروفورم وأحياناً يتعطل النفس والدورة بوضع المريض فى الموضع الرأسى المنحدر ، لضغط الأحشاء الحجاب الحاجز ، ويزداد هذا التعطل اذا كانت العضدان فى وضع التبعيد والاثناء ؟ لصعوبة التنفس والعضدان فى هذا الوضع . ولتسهيل التنفس لا بد أن تكون

Hewitt's artificial airway. (١)

العضدان بجانب الجسم . ويحسن أن أقول ان التنفس قد لا يسهل اذا كان المريض في وضع شق العجان ، ولا سيما ذلك اذا كان بادنًا أو شيخًا لأنه يكون معرضًا للاختناق الوريدي والزرقة وهو في هذا الوضع

ومن الضروري انقاء انسداد المسالك الهوائية بالأجسام الغريبة . فيلزم رفع الأسنان الصناعية قبل البدء في التخدير ، والفحص عن الرواضع^(١) والأسنان الدائمة حتى اذا كان بعضها مقللاً وضع مبعده الفك بكل حيطة وحذر . ولقد سمعت بعضهم وهو يحمل حملة شعواء على طبيبين كانا يستأصلان اللوزتين والأورام الغدية الحلقية من طفل فقلعت إحدى روضعه وكانت مقللة

والأسنان الصناعية اذا تقلقت في أثناء التخدير فاكثرتما تنحدر الى البلعوم والمرىء ، لا الى الحنجرة والقصبه الهوائية ، فلا تحدث أعراض الاختناق مباشرة ، لكنها قد تحدث متاعب مختلفة شديدة بنزولها في المرىء ، أو في المعدة ، أو اللغائفي ، أو في أى جزء من القناة المعوية

وقد يكون طقم الأسنان منبعاً للخطر أيضاً إذ ينحدر في البلعوم . وكذلك المشابك التى تشبك بها الأسنان . ولاتقاء خطر هذه المشابك تعمل أزواجاً ، ويصل بين كل زوج شريط أو سلك

واذا بدت الزرقة على وجه المريض المنوم ، وأوشك نفسه أن ينقطع ، وصارت الحاجة ماسة الى عمل التنفس الصناعى ، فلا بد من ثلاثة أمور ، وهى :

(١) فتح فم المريض

(٢) جذب اللسان الى الخارج ، ورفع الفك

(٣) عمل التنفس الصناعى

ولا بد من عملها بهذا الترتيب . وكثيراً ما تعمل هذه الوسائل بغير نظام ، فيبدأ المنوم بعمل التنفس الصناعى ، والمسالك الهوائية مسدودة لعدم فتح الفم وجذب اللسان أولاً

وقد يحدث الاختناق عن أجسام أخرى غير الأسنان الصناعية كاللوزتين والأورام الغدية الأنفية التي استؤصلت ، وعن مواد التقيء .

الالتهاب الرئوي الاستنشاق

إذا تركنا ، جانباً ، الاختناق من سقوط الأجسام الغريبة الكبيرة في الحنجرة ، فالمرضى غير المدرك معرض لخطر آخر هو استنشاق المواد العفنة في المسالك الهوائية مما يتولد عنه التهاب رئوي عفن كما يحدث في أثناء فتح الجراح خلف البلعوم . وعلى الجراح ، أن يذكر هذا الخطر ، كلما أعطى المريض مخدراً عاماً ، لعلاج بؤرة عفنة مستطرفة مع الفم ، أو البلعوم ، أو الأنف ، أو المسالك الهوائية ، وأن يمنع بقدر الامكان استنشاق المريض هذه المواد بالوضع المناسب ، أو بالتجفيف بسرعة . ويحسن عدم اعطاء المورفين قبل العملية . ويفضل أن يكون التخدير خفيفاً ليبقى الفعل المنعكس في الحنجرة

وقد كانت الجروح النارية المتعددة في الفك كثيرة ، في أثناء الحرب العظمى ، من المدافع والقنابل ، وكان علاجها يقتضى عمليات بالمخدر العام ، وكانت تشاهد على أثرها مضاعفات مختلفة كالإلتهاب الرئوي الشعبي العفن ، وخراج الرئة ، والامبيما . وقد رأى بعضهم اتخاذ الاحتياطات الآتية على سبيل الوقاية :

- (١) اعطاء المريض ، قبل العملية بنصف ساعة ، حقنة أتروبين بمقدار عشر معشار القمححة ($\frac{1}{10}$) وذلك لتقليل العباب . والأتروبين يعطى وحده لا مع المورفين
- (٢) ونظافة الفم نظافة تامة بأقصى ما في الامكان قبل العملية مباشرة
- (٣) وإعطاء المخدر خلال أنابيب من المطاط تمر من الأنف الى البلعوم ، مع حشو البلعوم جيداً بالدهان

(٤) تخفيف المخدر لكيلا يمحى الفعل المنعكس في الحنجرة أو في البلعوم ويستعمل بعضهم ، عدا هذه الوسائل ، طامبة لعابية خاصة لمنع تجمع السائل العفن في الفم

ويفضل التخدير الموضعي ، إن أمكن اجراء العملية به ، عن التخدير العام

التخدير الناقص

يحدث نادراً ، من وقت الى آخر ، أن يموت العليل من تجاوز الجرعة القانونية . ولئن ذكرت أن المنوم انسان من البشر غير معصوم ، وأنه قد يقوم بعمله ، وهو مضى من التعب والإعياء ، أو وهو مشغول الفكر غير مرتاح ، فلئن ذكرت كل ذلك لاستغربت من ندرة هذه الحوادث ندرة عظيمة

ولا شك ان مما يزيد في استغرابك ان تعرف أن الموتى بسبب عدم اعطاء المريض المخدر بمقادير كافية اكثر من الموتى بسبب تجاوز الجرعة القانونية وبعبارة أخرى ، إن الموت من نقص الجرعة أقرب منه من زيادتها

لنحسب أننا نريد أن نحكي لحكمة^(١) في مجرى البول عند مريضة ، أو نريد إجراء عملية البواسير في مريض آخر . فإذا بدأنا في الكي أو في تمديد الشرج تحدث الوفاة فجأة . ان الوفاة ، في هذه الحالة تنشأ عن منع المراكز الحيوية منعاً منعكساً لنقص التخدير أى لعدم استغراق المريض في النوم . فالعمليات المؤلمة اذا عملت والتخدير خفيف أحدثت صدمة ، ومن الخطأ إجراء العملية مع التخدير الخفيف ارتكائاً على ان حالة المريض لا تتحمل التخدير التام . وكل جراح خبير في عمليات البطن لا بد أن يذكر بعض العمليات التي استغرقت ضعف وقتها لعدم استطاعة المنوم تنويم المريض تنويماً كاملاً . نعم لا بد أن يذكر كل جراح ذلك لأنه لا يمكن أن ينسى ما يقاسيه من الضيق وما يحل به من الغضب . ولقد مرَّ بك الكلام مطولاً في عمليات البطن على هذه المسألة . قد يكون من الصعب ، في بعض أحوال الالتهاب البريتوني ، إرخاء الجدار البطني إرخاء جيداً ، وتنويم المريض تنويماً كاملاً ، لكن المخدر الخبير يستطيع غالباً الحصول على الدرجة المناسبة من التخدير . ولعلَّ اعطاء المريض حقنة من المورفين قبل العملية بساعة من خير ما يعمل لهذا الغرض ولا سيما ذلك اذا كان التخدير بالإثير وعليك أيها الجراح أن تسعى جهده لكى يكون الجدار البطني مسترخياً لإتمام عملك

سريعاً. ومما يساعد على هذا الاسترخاء اثناء الركبتين على الفخذين بوضع وسادة تحتها ومن عيوب نقص التخدير أن يكون المريض معرضاً للقيء ، في أثناء العملية ، مما يكون سبباً في إطالة وقت العملية على الأقل ، على أنه يكون سبباً في احداث الوفاة أحياناً. ولقد فقد بعضهم مريضة عزيزة عليه بسبب هذا القيء. كانت مصابة باحتباس معوى بسبب اختناق فتق رختر^(١). وكانت العملية بسيطة سهلة ، ولم تكن الامعاء كثيرة العطب من الاختناق . لكن بعد رد محتويات الفتق حدث القيء واستنشقت المريضة مواده فبدت على وجهها الزرقة وماتت - غرقاً بمواد القيء.

وإنه وإن يكن الجراح يرجو أن يكون المنوم المساعد له في عملياته خبيراً إلا أن هذا ليس ممكناً دائماً. لكن عليه أن يسعى لذلك وليس عليه أن تساعد المقادير. جرت العادة في إنجلترا أن طبيب العائلة الذي يرشد الى الجراح أو يوصى به يرغب أن يتولى أمر التخدير بنفسه للجراح ، وليس يسهل على الأخير أن يقابل مثل هذا الطلب بالرفض . فإذا نظرنا الى هذه المسألة من الوجهة المادية والاجتماعية والأدبية ، فمن الضروري أن يحضر طبيب العائلة في العملية ويتناول أجراً على هذا الحضور . أما المخدر فمن مصلحة الجراح ، ومصلحة المريض ، ومصلحة طبيب العائلة أن يتولى التخدير متوفر على التخدير

تجهيز المريض للتخدير

إن من المهم أن يقول الإنسان إن من الضروري تهدئة أعصاب المريض قبل العملية مما ييسر إذا ساعد الجراح في ذلك أهل المريض وذووه . على أن ذلك قد لا ييسر إذا كان المريض عصيباً خائفاً ، ووقتئذ لا بد من شيء من الحيلة والدهاء كأن يعطى المريض المخدر وتحت تأثير المورفين إذ يكون غير مكترث لما سيحصل . فبقليل من العناية والتحفظ يمكنك أن تحصل على غرضك بهذه الطريقة لكن هناك ما يمنع من تعميمها في كل الأحوال .

ولا بد من العمل على إعطاء المخدر والمعدة ، والمستقيم ، والمثانة ، كل ذلك غير مملوء ، وذلك لاتقاء خروج المحتويات في أثناء العملية أو بعدها ، ولعدم ضغط هذه الأعضاء على الحجاب الحاجز ، في أثناء التخدير .
ويحكي أحد الجراحين الحكاية الآتية :

قابلت ، ذات يوم ، صديقاً لى وكان طبيباً ، وهو خارج من عيادة طبيب أسنان حيث كان هناك خلع سن نخرة تحت تأثير كلورور الأيثيل . قابلته وقد كان مغموماً في كرب وضيق لسبب ما . ذلك انه كان مشغولاً ، كل وقته ، في عمل زياراته قبل موعد ذهابه لطبيب الأسنان ، فلم يتمكن من البول قبل تناول المخدر . وكانت النتيجة أن المثانة ، وهو تحت تأثير المخدر ، لم تستطع حجز البول .

ويستحسن بعضهم اعطاء المريض مليناً خفيفاً ، قبل العملية بيومين ، ان سمح الوقت وعمل حقنة شرجية في المساء قبل العملية . ولا شك أن هذا النظام مما يسمح للمريض أن يمضى ليلة العملية هادئاً بغير قلق . فإن لم تكن وسعة من الوقت تكفى حقنة شرجية وكان القوم فيما مضى يهتمون كثيراً بالمسهلات قبل العملية لإخلاء المعدة والأمعاء وهى طريقة ضررها اكبر من نفعها . فأما الضرر الأصغر فهو اضعاف المريض وهو على وشك العملية ، وأما الضرر الاكبر فهو خطر البول الأسيتونى .

البول الأسيتونى

اكبر ظنى أن البول الأسيتونى اكثر شيوعاً فى الخاصة من المرضى منه فى العامة من مرضى المستشفيات ، وان احصائيات المستشفيات ليست دليلاً على تكرار حدوثه ولعل سبب شيوع البول الأسيتونى بين الخاصة من المرضى هو أنهم أقل حركة ونشاطاً من العامة من الناس وانهم دائماً اكثر اهتماماً بلباسهم ، وانهم يتناولون من الأغذية الشحمية والنتروجينية مقادير اكبر . وكيفما كان السبب فمن الضرورى الاهتمام بهذه الحالة فبسببها تموت أرواح كثيرة كل عام .

وبغير أن أدخل فى التفاصيل الفسيولوجية والباتولوجية يصح أن أقول ان سبب

البول الأسيتونى هو نقص فى وظيفة الكبد الخاصة بالجليكوجن . فإذا جوع رجل سليم ولا سيما ذلك إذا كان فى مستقبل العمر، أو إذا خلا^(١) على المواد الشحمية والنتروجينية التى لا تحتوى على مواد نشوية وسكرية (كبروهدراتية) فإنه مصاب عاجلاً أم آجلاً بالحموضة الدموية^(٢) ، وهذه تنضح بظهور الأسيتون وحامض الدياستيك فى البول ، وبرائحة خاصة فى الفم ، وبالقئ إذا تناول المريض شيئاً من الطعام . فإذا استمرت الظروف التى أحدثت البول الأسيتونى ظهر اليرقان ، وصار المريض مسبوتاً^(٣) . وقد يسبق السبات شئ من الهياج الهستيرى ، ثم يموت . فإذا أعطى المريض شيئاً من الغذاء الكبروهدراتى فقد لا تقذفه المعدة ويتحسن . فإن لم يستطع تناول شئ من المواد الكبروهدراتية بالفم فلا بد من الالتجاء الى الحقن بحلول الجلو كوز حقناً تحت الجلد أو فى المستقيم . وليكن المحلول بنسبة ٥ فى المائة .

ولتعلم أن الكلوروفورم وغيره من المخدرات يهئ لحدوث البول الأسيتونى ، وذلك اما بوقف المظاهر التمثيلية ، واما بالتأثير فى النشاط الحيوى فى خلايا الكبد ، والكليتين وسائر الأعضاء . لكن المخدرات ليست هى السبب ، فالصدمة تهى لهذا البول أيضاً . وعلى ذلك يكون السبب الحقيقى هو حاجة الجسم الى المواد الكبروهدراتية مما يتأتى من الحرص على تجويع المريض قبيل العملية بجملة يقتصر فى غذائه على اللبن ، والمرق ، وماء الزلال ؛ فلنكن من ذلك على حذر . وعليك أيها الجراح ، أن تبادر الى الفحص عن البول ، كلما اعتري المريض قيء ، أو حدث عنده هياج هستيرى ، أو سبات عقب العملية . وليكن الفحص فى البول عن الأسيتون وحامض الدياستيك ، للتحقق من أن المضاعفة ليست من حرمانه من المواد الكبروهدراتية .

ولا تنطبق هذه الحقائق تماماً على البول الأسيتونى فى البوال السكرى والكبد المزمن . ففي البوال السكرى ينقص الجسم الإفراز الباطنى الذى تفرزه غدة البنكرياس ويجعل الغذاء الكبروهدراتى يقاوم المواد التوكسينية الواصلة الى الكبد من القناة المعوية

(١) يقال خلا على بعض الطعام إذا اقتصر عليه

(٢) الحموضة الدموية زيادة حموضة الدم أو قلة قلوبته

(٣) المسبوت هو من أصابه السبات

عن طريق وريد الباب . وفي الكبد المزمن لا تستطيع الخلايا الكبدية ، لما فيها من المرض ، أن تقوم بوظيفتها تماماً .

والملاحظتان الجديرتان بالذكر هما :

أولاً - ان البول الأسيتوني ينشأ عن الحرمان الكربوهيدراتي ولا سيما ذلك اذا تناول الإنسان المواد الشحمية والنتروجينية وهو محروم من المواد الكربوهيدراتية
ثانياً - ان هذا البول يمكن شفاؤه بالتغذية بالمواد الكربوهيدراتية في الوقت المناسب وان وقوفك على هذه المضاعفة وعلاجها في الوقت المناسب حياة لكثير من المرضى واليك أمثلة توضيحية

دعى أحد الجراحين لعيادة صبي سقط من ارتفاع على الأرض منذ بضعة أيام فحدث عنده رض في رأسه . ولم تظهر عنده أعراض سيئة عقب الإصابة مباشرة . لكن حدث عنده القيء بعدها ببضع ساعات ، واستمر بغير انقطاع ، واعتراه شيء من النعاس مما جعل الطبيب يظن أنه مصاب بكسر منخفض في الجمجمة مصحوب بانضغاط المخ او باصابة فيه . ولم يكن عنده شيء من ذلك . وحقيقة أمره انه كان مصاباً بالبول الأسيتوني وقد اختفت الأعراض سريعاً عقب التصريح له بالغذاء النشوي السكرى .

أما المثال الثاني ففتاة بادنة كان يظن أنها مصابة بالتهاب الزائدة الدودية ، لوجود القيء وشيء من النعاس . وتلقت الأم الأمر من طبيبها بعدم اعطائها الا ماء الزلال . ولم يكن ليبقى في جوفها . وبالفحص عنها اتضح أن بطنها مضاضة أظهر ما تكون في الجزء العلوى من البطن ، ولعلها من مجهودات القيء وبإضافة بضع نقط من سائل بركلورور الحديد الى بولها ظهر تفاعل حامض الدياستيك ظهوراً جيداً ، فنصحنا لأمرها باعطائها كسرة من قشر الخبز ، وقد فعلت بعد شيء من التردد . فتناولتها الفتاة ولم تقذفها معدتها . وزالت الأعراض . وتماثلت . وبالإستفهام عن غذائها عرفت أنه كان ناقص المواد النشوية والسكرية

وكان الخطر ، في هذين المثالين ، أن تعمل لهما عملية غير ضرورية لا يبعد أن تقضى عليهما لعدم ادراك البول الاسيتونى . ويجب عليك ، أيها الجراح ، تفهيم الآباء هذه أغلاط الجراحين (٤٠)

الحالة وشرح سببها لهم لتغيير الغذاء وجعله مناسباً والمرضى ، والاعادت الاعراض وقد تحسب شيئاً آخر بعواقب وخيمة . ويلزم تفهيم الأباء أن يذكروا هذا التاريخ للأطباء وهم يفحصون عن المرضى لأمراض مستقبلية قد تقتضى العلاج بالعمليات لانتقاء الحموضة الدموية عقب العمليات الضرورية

والرأى السائد ان هذه الحموضة اكثر شيوعاً بعد التخدير بالكلوروفورم منها بعد التخدير بالإثير . وقد يكون هذا صحيحاً . فالكلوروفورم قد يكون أشد تأثيراً في الخلايا الكبدية التي تقاوم أنواع التوكسين المعوى ، أو في الخلايا الكلووية التي تعمل على افراز هذه الأنواع . وربما كان التخدير بأوكسيد النتروز والأوكسجين أقل تلفاً للخلايا الكبدية والكلووية من الإثير أو الكلوروفورم ؛ وهو رأى له شأنه . لكن المهم أن تعرف أن السبب الجوهرى للحموضة الدموية ليس المخدر كيفما كان مبيئاً لها . فاذا وجد السبب الجوهرى للحموضة ظهرت أعراضها على المريض بعد اعطائه الكلوروفورم ، أو الإثير ، أو كلورور الايثيل ، أو اوكسيد النتروز ، أو بغير تناوله أى شئ من ذلك والخلاصة العمل على اثناء هذه الحموضة في كل العمليات بعدم حرمان المريض من الغذاء في أثناء تجهيزه لهذه العمليات ، ويجب أن يتضمن الغذاء المقدار المناسب من المواد الكربوهيدراتية . ومن الضروري الاشتباه في الحموضة في كل أحوال القيء ، والنعاس أو السبات اذا ظهرت هذه الأعراض عقب العمليات . وهذا مما يقتضى الفحص عن البول للتحقق من وجود الاسيتون وحامض الدياستيك . وعليك ، أيضاً ، أيها الجراح ، أن تسمح لمريضك بأسرع ما يمكن عقب زوال تأثيرات المخدر بغذاء يحتوى على مواد سكرية ونشوية . فان لم تسمح حالة المريض بذلك لسبب ما فلا بد من حقن المريض بمحلول السكر حقناً شرجياً

ولتعلم أن المثالين اللذين ذكرتهما ليسا للحموضة الدموية عقب العملية . وقد فعات ذلك لأبين لك انه وإن تكن هذه الحموضة اكثر حدوثاً بعد العمليات إلا أنها لا تقتصر على ذلك . وأول من وصف هذه الحالة هو جوتري^(١) ، ووصفها باسم « السم المتأخر

بالكلوروفورم^(١)». وأغلب الأحوال تشاهد عقب العمليات ، وإن كانت العمليات عرضية لاضروية لحدوثها

أما تأثير الحقن بمحلول السكر فعظيم . فقد شفى شاب وصل الى درجة السبات وكان مصاباً باليرقان مما حدث له عقب عملية خراج فى الزائدة الدودية ، بتأثير الحقن بمحلول السكر حقناً تحت الجلد وفى المستقيم

وقد وصى بعضهم باستعمال البنكرياتين^(٢) علاجاً لهذه الحموضة . وليس عندي ما أبدية فى هذا الشأن لأننى لم أستعمله بنفسى

ويوصى البعض باستعمال الانسولين علاجاً للحموضة وإن لم تكن ناشئة عن البوال السكرى . اطلعت على ذلك حديثاً فى إحدى المجلات الطبية ، ولعلها مجلة الجمعية الطبية الأمريكية^(٣) ولكننى لم أجربه لهذا الغرض

القيء عقب التخدير

فان تركنا الحموضة جانباً فالتهوع والقيء عقب التخدير قد يتعبان المريض ويقلقان الطبيب . ولعل السبب هو هياج الغشاء المخاطي المعدى بملامسته ملامسة مباشرة بالتخدير وينتج القيء بغسل المعدة بالماء الساخن ولما يترك المريض منضدة العمليات . ولم تتبع هذه الطريقة بصفة نظامية لجملة اعتراضات وجيهة عليها ؛ لكنك يمكنك اتباعها عند الضرورة

ويقل الميل للقيء عقب العملية بحقن المريض بالمورفين والاتروبين بساعة قبلها ولعل التأثير ينشأ عن قلة اللعاب ، فيقل ما يبلع من الإثير أو الكلوروفورم ولكن اذا استعملنا المورفين حقناً تحت الجلد قبل العملية فقد لا نستطيع الحصول على درجة جيدة من التخدير لما يحدثه من المورفين فى الجهاز التنفسى من الانحطاط .

Delayed Chloroform poisoning. (١)

Pancreatin. (٢)

The Journal of the American Medical Association. (٣)

ولذلك يفضل بعضهم استعمال الامنوبون^(١) لأنه أقل تأثيراً من المورفين في الجهاز التنفسي والتخدير، إذا كان خفيفاً، ولا سيما ذلك بالإثير أدعى لتحريض القيء بعد العملية منه إذا كان شديداً، وذلك لفقدان فعل البلع المنعكس، ويمكن تقليل البلع، في أثناء التخدير بخفض رأس المريض بقدر الإمكان، وبإدارة وجهه إلى إحدى الناحيتين، وبهذه الطريقة يخرج اللعاب المشبع بالإثير من الفم ولا ينزل إلى المعدة ومن الاحتياطات النافعة لانتقاء القيء بعد العملية عدم تحريك المريض حركات غير ضرورية وتركه هادئاً ساكناً لكي ينام. وإياك أن تحاول إيقافه بلطم وجهه أو أى وسيلة أخرى

وهناك أسباب أخرى للقيء بعد التخدير غير التخدير. فقد يكون القيء من الأعراض السابقة للعملية ويكون عدم انقطاعه بعدها من تواصل المرض الأصلي، كما في السم البولي، والالتهاب البريتوني، والاحتباس المعوي إذا لم يستأصل سببه. وهناك سبب خاص يجب أن يلاحظ في عمليات البطن؛ وهو الانسكاب الدموي في التجويف البريتوني. وهذا السبب كثيراً ما يغفل. فقد عملت عملية لسيدة لمرض داخل الحوض وشوهد أنها بعد العملية كانت قلقة مضطربة واستمرت عندها القيء شديداً. فقد يكون القيء، في مثل هذه الحالة، عن الهستيريا، أو الضعف العصبي، على أنه قد يكون من نزف في التجويف البريتوني من عيب في العملية الجراحية. والخراج الحوضي الباقي هو سبب آخر للقيء

ففي كل الأحوال التي يشتد فيها القيء عقب التخدير، ولا سيما ذلك إذا اتخذت الاحتياطات لانتقائه، لابد من الاشتباه في سبب عضوي إذا أخرجنا الحموضة الدموية والسم البولي بالفحص عن البول فحصاً كاملاً

ولقد ذكر المستر هارولد درنكوتر^(٢) حقيقة جديدة بالملاحظة بشأن استعمال أوكسيد النتروز في الصغيرات من السيدات، وهي أنه إذا حان موعد الطمث فاستعمال الغاز قد ينزل الدم فجأة، حتى لقد يبدأ الطمث قبل أن تنقل السيدة إلى بيتها. ومثل

هذه المضايقة من السهل اتقاؤها اذا عرف الجراح ميعاد الحيض . والسبب قريب المشابهة لا يحسن التخدير بهذا الغاز اذا كانت العملية لسيدة في الأشهر الأولى من حملها .

التخدير الشوكي

يحسن ، قبل أن أنتهى من هذا الفصل ، أن أذكر شيئاً موجزاً عن التخدير بالحقن الشوكي بالأستوفايين . ففقد الاحساس يتضح بعد الحقن من خمس دقائق الى ربع ساعة ويظهر أولاً في العجان ثم في القدمين . ويمتد فقد الاحساس تدريجاً في الطرف السفلى عامة ، وقد يصل الى مستوى السرة أو أعلى قليلاً . ويصحبه شلل في الحركة ، وتزول الأفعال المنعكسة ، لكن المريض يشعر بإحساس اللمس الاعتيادي . وهناك أحوال يفشل فيها الحقن فلا يوصل الى الغرض المطلوب . أما اذا نجح الحقن فيبقى المريض هادئاً ساكناً ، في أثناء العملية ، وتكون عضلاته مسترخية ، ويمكنه أن يتجاذب أطراف الحديث مع جراحه ، أو يدخن لفافة من التبغ ، أو يقرأ جريدة . وليس يحتاج الجراح الى تحديد الغذاء قبل الحقنة ، وكثيراً ما يعقبها صداع في اليوم نفسه أو في اليوم التالي ، وقد يمكث زمناً طويلاً . وقد يعقبها القيء . ولهذه الحقنة نتائج بعيدة في بعض الأحوال ، في شكل أمراض عصبية في الحبل الشوكي تحدث بعد سنة أو سنتين ، وليس يستطيع الانسان أن يتحقق من علاقتها بالحقنة

والرأى السائد الآن بشأن هذا التخدير هو أنه وان يكن من الممكن التخدير به في الأحوال المناسبة للعمليات أسفل السرة في الأحوال التي لا يستحسن تخديرها بالخدترات العامة الا أنه لا يمكن اعتبار هذا الحقن طريقة نظامية للتخدير لأنه لا يفضل الطرق الأخرى العامة إلا بمزايا خفيفة . فالأستوفايين ليس مخدراً أكيداً دائماً ، وليست الحقنة عديمة الألم دائماً ، والنتائج القريبة ليست مرضية ؛ ولا تبقى المريض من الصدمة ولا الخوف في أثناء العملية . أما النتائج البعيدة العصبية فلم يبت فيها للآن . وبالاختصار يمكن أن يقال إن الأستوفايين يستعمل إذا كان هناك مانع من اعطاء المخدر العام بسبب آفة في القلب ، أو الرئتين ، أو الكليتين الى غير ذلك ، وبسبب وجود البوال

السكرى الشديد ، وكأن يكون الجراح بغير مساعد ، أو كأن يكون فى حاجة الى استرخاء العضلات استرخاءً تاماً .

ومن الحوادث الحادثة بعد الحقن بالأستوفايين ما يأتى :

(١) الوفاة واكثر ما يحدث فى المرضى المصابين بالبدانة .

(٢) الشلل فى الطرف السفلى ، والشلل فى المثانة والمستقيم

(٣) عدم الاهتداء الى باطن الاغشية الشوكية حيث يجرى سائل النخاع الشوكى

إلا بعد ادخال الابرة جملة مرات

(٤) انكسار الابرة فى أثناء ادخالها .

ومن الفضول أن أقول ان من الضرورى عمل جميع احتياطات الطهر والتطهير .

الفصل الرابع والمهمون

حوادث غرفة العمليات

- هنالك بعض متاعب وصعوبات قد يصادفها الجراح في أثناء عمله وقد رأينا أن نذكرها في فصل خاص لأنه لا يحسن أن تذكر في الفصول الأخرى ، وهي :
- (١) الفشل في اتقاء العفونة
 - (٢) وعيوب المساعدين
 - (٣) والحروق العرضية
 - (٤) والظروف الغير المناسبة
 - (٥) واستعمال آلات غريبة
 - (٦) وعدم كفاية الضوء
 - (٧) والاجسام الغريبة التي يفقدها الجراح في جسم المريض .

الفشل في اتقاء العفونة

أتدري ما هو الفرض في الشرع ؟ هو ما ثبت بدليل مقطوع كالكتاب والسنة والاجماع . وهو على نوعين فرض عين وفرض كفاية . وفرض العين ما يلزم كل واحد إقامته ولا يسقط عن البعض بإقامة البعض كالإيمان ونحوه . وفرض الكفاية ما يلزم جميع المساميين إقامته ويسقط باقامة البعض عن الباقيين كالجهاد وصلاة الجنازة . ولئن صح أن يكون في شرع الجراحة فرائض عين وكفاية لكان فرض العين في الجراحة ما يلزم كل جراح إقامته من الوسائل الضرورية للمحافظة على طهر الجروح التي يعملها ولا تسقط هذه الوسائل عن البعض بإقامة البعض . وأنه وإن تكن هذه الوسائل فرض عين في الجراحة إلا أننا لا نريد أن يتقبلها الجراح جامداً ويتنطح^(١) فيها بغير روية وفكر . فهذه الوسائل فرض من حيث أنها واجبة الأداء ، لكنها كسائر الوسائل الجراحية يجب ألا يعتمد عليها الجراح ، في كل حالة ، بغير سبق نظر وتخبر الملائم منها ، وبعبارة

(١) يقال تنطح في الدين إذا تعمق وغالى وتأثق فيه

أخرى يجب أن يلبس الجراح في كل حالة لبوسها . فقد رأى بعضهم جراحاً وهو يتر
الطرف لوجود جرح عفن كبير فيه . فكانت الشقوق التي عملها الجراح للبتريقية
جداً من الجرح العفن مما جعل تلوثها قريباً جداً . وكان الجراح على أحسن ما يكون
استعداداً للعملية من حيث النظافة ولبس القفازات والقوط المعقمة وما الى ذلك من
الضروريات العصرية . فلم ينقصه في عمله سوى استعمال المطهرات لانه لم يستعمل
سوى محلول الملح . كان من رأيه عدم استعمال المطهرات في الجروح . فهذا الجراح
أدّى الوسائل الضرورية في عمله أداءً جامداً بغير تصرف . فإن لستر^(١) حين بين
تأثير حامض الفنيك في الجروح العفنة بين للعالم حقيقة خالدة ؛ والحقائق الخالدة جديرة
بالنظر والاحترام

ولا تحسبن أني أريد بذلك أن يتصرف الجراح في القواعد الأساسية فينسخها ؛ لاني
ان فعلت ذلك فقد حاولت أمراً لا يقبله العقل . وكل ما أريده هو أن يكون الجراح
في عمله ليناً مرناً يلتوى مع كل حالة ويتخير لها ما يناسبها .

يقول أحد الجراحين أنه رأى وباءً عفناً في أحد المستشفيات . وكان من هذا الوباء
مريض بالسم الدموي العفن^(١) على أثر ختان ، ومريض بالسم الدموي الصيدي^(٢)
على أثر استئصال بعض دوالي . والعمليتان عملتا في يوم واحد . واتضح من المباحث ،
بعد ذلك ، أن بجهاز التعقيم عيباً لعدم ازدياد الضغط . فكان المستنبت البكتيري الموضوع
في (الغيارات) والتي وضعت في الجهاز للتعقيم بالبخار في المدة القانونية ، حياً لم يمت
بالتعقيم . ولقد وضعت بيضة نجفة في تضاعيف (الغيارات) فلم تجمد .

عيوب المساعدين

كلما قلت الأفراد في غرفة العمليات قلت موارد الخطأ والغلط على شرط ألا يكون
هناك نقص في المساعدة . وكثيراً ما يشعر الجراح بشيء من القلق والاضطراب اذا

Septicæmia (١)

Pymæia. (٢)

كان عليه أن يعمل العملية بمساعدة غريب عنه غير متعود مساعدته . ألا ترى كيف يكون مركز الجراح إذا كان مساعده غير خبير فنسى إسفنجة في البطن ولم يدركها الجراح مثلاً . فالمسئولية واقعة على الجراح حتماً بغير « تضامن » المساعد معه ، والعيب لاحق ، لا شك ، بالجراح بغير أن يتحمل شيئاً منه الآخر . ويحكى أحد الجراحين أنه رأى مساعداً غريباً ينحني وينقل بيده ، وعاليها القفاز ، السطل المعد لوضع « الغيارات » الملوثة من مكانه ، وهو يساعد الجراح في عملية استئصال الزائدة الدودية . وقد رأيت مساعداً يحفف عرقه بيده ، في أثناء العملية ، ويود أن يسترسل في مساعدتي كأنه لم يأت أمراً إذًا .

وينطبق ما ذكرناه على طبيب العائلة في فصل التخدير عليه ، في هذا الفصل ، للمساعدة . فليس من مصلحة الجراح ، ولا من مصلحة المريض ، ولا من مصلحة طبيب العائلة أن يتولى الأخير مساعدة الجراح الذي أرشد هو إليه ؛ وإن كان ينبغي له أن يحضر العملية وينقاضي أجراً على حضوره .

الحروق العرضية

من الحوادث الشائعة ، في غرفة العمليات ، وفي سرير المريض ، وهو لم يفق بعد من تأثير التخدير ، الحروق العرضية من وضع قوارير أو صفايح الماء الساخن بغير تحفظ واحتياط . وأكثر ما يحدث ذلك إذا اعتمد الجراح على ممرضين وممرضات ممن لم تسبق له بهم معرفة أو ممن هم مهملون في عملهم .

وقد حدث ، ذات مرة ، أن أحد جراحى مستشفى قصر العيني كان يعمل عملية أنيورزم عارضى في العنق لجندى من الجنود البريطانية ، وكنت اذ ذاك مشاهداً العملية وكان يساعد الجراح جراح عظيم من الجيش لم يحضرنى اسمه . فطالب المساعد من السستر (الممرضة) محلولاً ملحياً ساخناً لغمر يده فيه ، فقدمت له محلولاً ملحياً غالباً فلم يكده يضع يده في المحلول حتى سحبه بسرعة قائلاً بغضب « لقد طلبت محلولاً ساخناً لا محلولاً غالباً »

الظروف غير المناسبة

قد تعمل العملية في بيت المريض ، ووقتئذ يعملها الجراح قلقاً غير مرتاح ؛ ذلك لأن الظروف تكون غير مناسبة ، وهذا هو السبب الأصغر ، وأما السبب الأكبر فهو اضطرار الجراح أن ينقل جميع « مهمات العملية » الى البيت ، ولا يبعد أن ينسى بعض ما يحتاج اليه من أهم ما يحتاج اليه . ويحكى أن أحد الجراحين ذهب ، ذات مرة ، لأحد المرضى في الريف لإجراء عملية مستعجلة ، ولما وصل الى البيت وبدأ يجهز للعملية وجد أنه نسي المشرط . وفي حادثة أخرى وجد الجراح ، وهو في أثناء العملية ، أنه لم يحضر معه شيئاً من مواد الخياطة . وقد حدث لى ، ذات مرة ، وكنت قد انتقلت من قليوب لإحدى القرى البعيدة ، لإجراء عملية لمريض ؛ أن وجدت بعد أن وصلت الى بيته ، ان قنينة الكلوروفورم قد نضحت ، ولم يبق فيها شيء . وقد تكررت الحادثة معى ، لكننى فى الدفعة الثانية كنت حريصاً على زجاجة أخرى مغلقة . قد يلوح لك ان هذه الحوادث فظيعة لكن الظروف هى التى تستوجبها كأن يدعى الجراح ليلاً وهو مضى من التعب طول نهاره ، أو كأن يدعى للانتقال الى قرية بطريق السكة الحديدية فلا يترك له ميعاد القطار مبلّة واسعة كما كان يحدث لى مراراً وأنا بمستشفى قليوب وبنها

ولا شك ان العمليات اذا عملت فى بيوت المرضى كانت اكثر عرضة للعدوى وأقرب للتلوث منها اذا عملت فى المستشفيات ، وذلك لصعوبة الوصول الى ما ينبغى أن يصل له الجراح من وسائل الطهر والتطهير . ولا يبعد أن تصل العدوى الى الجرح بطريق أهل المريض وذويه . أضف الى ذلك كله أن الضوء قد يكون ضئيلاً ، وان وسائل الإغلاء والتسخين قد تكون غير كافية

استعمال آلات غريبة

تحدث حوادث كثيرة محزنة من استعمال الجراح بعض آلات معينة . فكثيراً ما دفع الجراح منظار الانثناء السينى خلال المستقيم داخل التجويف البريتونى ، وكثيراً أما تلف المفتت الجدار المثانى فى أثناء تفتيت الحصاة

ويحكي أحد الجراحين ، أنه شاهد ، ذات مرة ، ضيقاً مضحكاً لعدم تخلف أى ضرر للمريض منه ، ذلك أنه رأى الجراح المقيم ، فى غرفة العمليات فى حيرة وارتباك ، ووجهه مندى بالعرق ؛ لأنه أدخل العازل البولى^(١) فى المثانة ولم يتمكن من اخراجه لأنه نسى أن يرخي الحاجز المرن .

ولقد جدت ، الآن ، مناضد للعمليات ، مختلفة الأشكال ، مضاعفة التركيب . فعلى الجراح أن يعرف طريقة استعمال هذه المناضد ، لأنه اذا لم يكن بذلك خبيراً فقد يسقط المريض فى أثناء خفض رأسه بخفض الجهة الرأسية من المنضدة

ولتدفئة المريض ، وهو على منضدة العمليات ، طرق مختلفة . وكيفما كانت طريقة تدفئته فلا بد من العناية الشديدة لاتقاء حرق جسمه . فقد سمع بعضهم حادثة حرق من جهاز كهربائى مركب على المنضدة لتدفئة المريض

وينبغى للجراح أن يعنى باليدين والأصابع ، فى أثناء وضع المريض فى الوضع المنحدر الرأسى لأنها قد تشتبك فى بعض أجزاء المنضدة . ويجب اتقاء أنواع الشلل التى تنشأ عن الضغط وأهم هذه الأنواع شلل العصب العضلى الحزونى مما ينشأ عن الانضغاط بحافة المنضدة . ولقد عرف بعضهم شللاً من هذا النوع مكث بضع سنين . ونوع آخر من الشلل الناشئ عن الضغط ما يحدث من تلف الضفيرة العضدية بسبب حفظ العضد مبعده ، أو مبدسوطه على الرأس ومدارة الى الخارج .

وخير موضع للعضدين فى أثناء العملية هو بجانب المريض حيث يمكن تثبيت كل يد تحت الآلية التى فى ناحيتها .

عدم كفاية الضوء

إن لم تكن العملية فى غرفة العمليات التى تكون بكامل أدواتها فقد لا يجد الجراح ضوءاً كافياً وعليه عمل ما يلزم من الترتيب لاتقاء هذه المضايقة . والمعتاد ، فى غرفة العمليات فى المستشفيات عمل جهاز آخر للإضاءة به فى حالة عطل الضوء الكهربائى .

ولقد حدث لى ، ذات مرة ، وكنت أعمل عملية ليلاً فى مستشفى قليموب أن انقطع الضوء الكهربائى ، وهو مستمد من وابور خاص فى سراى المغفور له محمد باشا الشواربى ولولا أنى كنت أتوقع مثل هذه المفاجأة وكنت مجهزاً بمصابيح بالغاز والكوئل الاضاءة بدلاً من النور الكهربائى لوقعت فى حيص بيص^(١)

الاجسام التى يفقدها الجراح فى جسم المريض

إن العثور على جفت شريان أو اسفنجية فى بطن المريض بعد فتح البطن بزمان من المسائل التى عاجلها رأى العام فى الماضى ، وقد يعالجها فى المستقبل . ونسيان مثل هذه الأشياء لا يكون فى البطن فحسب بل قد يكون داخل الإمعاء أو فى المرارة ، أو فى الأنسجة حيث لا توجد تجاويف طبيعية مما يتضح من الحكاية الآتية . وهو انى ، وأنا بمستشفى عباس ، قد أجريت عملية لمريض مصاب بنكروز فى عظم الفخذ اليمنى . وكان التجويف المتخلف داخل العظم كبيراً . ولقد حشوته بالدهام ومكث طويلاً فى المستشفى وتحسن وخرج ليردد على العيادة الخارجية ومضى عليه زمن طويل وهو يتردد بغير أن يلتئم الجرح فأدخل المستشفى ، للدفعة الثانية ، إرادة استخراج رمة من العظم . ولما بدأت فى العملية استخرجت قطعة عفنة من الدهام من التجويف يظهر أنها مكثت طويلاً فيه . وأرجح أنها من الدهام الذى كان يحشى به الجرح فى أثناء التضميد فى العيادة الخارجية بدليل أنه تحسن وأخرج من العيادة الداخلية وقد كنت أعالج ، حديثاً ، مريضاً أخبرنى أنه أجريت له عملية لفتق أربى فى الجهة اليمنى . فتقيح الجرح وبقي زمناً طويلاً فترك جراحه وذهب لجراح آخر فوجد فى الجرح الذى فى الصفن قطعة عفنة من الدهام يظهر أنها أغفلت زمناً طويلاً وإن لم تثبت أنابيب التصفية فقد تدخل الجرح أو تخرج منه . وكثيراً ما تنزلق الأنابيب فى تجويف البلورا ، فى أثناء علاج الأمبيما بالتصفية . ويعتقد بعض الممرضين والممرضات أن الأنبوبة لا بد أن تكون زالت مع « الغيار » اذا لم تظهر فى الجرح

الفصل الخامس والمئة ثمانون

نظرة عامة في منابع الأغلاط الجراحية وأسبابها

يلتقى النيل الأبيض بالنيل الأزرق عند مدينة الخرطوم ثم يسير النيل الى أن يتفرع الى فرع دمياط وفرع رشيد عند القناطر الخيرية . فاذا أخذت عينة من الماء من النيل ، وهو في مجراه ، ما بين الخرطوم والقناطر الخيرية أتستطيع أن تعرف من أى النياين كانت هذه العينة ؟ وكذلك منابع الأغلاط الجراحية فأنت لا تستطيع أن تعرفها ، لأنها كثيراً ما تكون عن جملة أسباب لا يمكن تقسيمها تقسيماً منطقياً . ولذلك يحسن وصف هذه الأسباب بطريقة جغرافية فنكتفى بالكلام على نهر الأغلاط ومنابعه ، أما الفروع الصغيرة فيترك أمرها لتصور الجراح . ولتعلم أن منابع الأغلاط أربعة ، وهى الجهل ، والإهمال ، والخطأ فى الحكم ، وعيب الصنعة

الجهل

لعل أول ما يخطر بالبال ان أغلاط الجراحين هى عن جهلهم . وليس هذا صحيحاً لأن أكثر الأغلاط الجراحية التى تعرفها إنما تكون عن أسباب أخرى غير الجهل . ويطلق الجهل على معنيين أحدهما الجهل البسيط وهو عدم العلم فى من شأنه أن يكون عالماً ، والثانى الجهل المركب وهو عبارة عن اعتقاد جازم غير مطابق للمواقع وما الجهل إلا حالة نسبية ، لأننا ونحن على ما نحن عليه من الإدراك المقيد ، فى انتظار ما يأتينا به المستقبل من المعرفة والحكمة ، لا نستطيع إلا أن يكون كل واحد منا لنفسه حداً بين المعرفة والجهل ، وفاصلاً بين النور والظلام

ولعلك لا تجد من يعتبر الأغلاط الآتية فى حدود الأغلاط الجائرة المباحة . ومعاذ الله أن يكون من الأغلاط ما هو مباح ، لكننى أقصد بالمباح ما لا يؤاخذ الجراح به . ومع ذلك فقد وقع فى هذه الأغلاط أطباء لهم شهرة واسعة وصيت ذائع فى قسهم : ذهبت أم مع طفلياً لطبيبها وأخبرتة أن لؤلؤة كاذبة دخلت فى أذن الطفل . فحاول

الطبيب استخراجها بغير مخدر فلم يفلح ، ثم حاول استخراجها بمخدر فلم يفلح أيضاً . فأرسل الطفل الى المستشفى . ولقد وصل وهو فى حالة صدمة يسيل من أذنه الدم . وبالفحص اتضح أن غشاء الطبلة ممزق كل ممزق ، وأن ليس فى الأذن جسم غريب وبلاستفهام من الأم عن نوع اللؤلؤ أحضرت الى المستشفى صندوقاً فيه خرزات من اللؤلؤ الكاذب الصغير جداً ليس فيه لؤلؤة تسكن الصماخ الأذنى

أرسلت سيدة للمستشفى ومعها خطاب من طبيبها جاء فيه أنها « مصابة باحتباس بولى لعله ناشئ عن ضخامة البروستاتة » وعلى كل حال « فليس فى مجرى البول ضيق اعتيادى » . لأن إحدى الممرضات قد استخرجت البول بقسطرة مرنة . ثم ذكر أيضاً « ان السيدة قد استوصل منها رحمها سابقاً »

أتدرى بم كانت مصابة هذه السيدة ؟ إنها كانت مصابة بميل الرحم المثقل بالجنين الى الخلف^(١)

ترى أهذا هو الطبيب الجاهل الذى قال فيه بعض الشعراء
قال حمار الطبيب توما لو أنصفوني ليكننت أركب
لأننى جاهل بسيط وراكبي جاهل مركب
ولو أن هذا الشاعر شاعر بما يقاسيه الجراح من الصعوبات ، وبما يلاقيه من المتاعب
لكان أكثر أدباً فى وصفه ، وكنت أنا أكثر أدباً فى النقل عنه .

للجهل الجراحي ، يا سيدى ، ثلاثة أنواع :

(١) نقص التربية المدرسية الطبية ، ولا سيما ذلك فى التشريح والفيولوجيا

(٢) إهمال الدرس والمذاكرة بعد المدرسة

(٣) قلة الخبرة

وقلما يستطيع أن يصلح نفسه ناقص التربية المدرسية الطبية اذا خاض غمرات الحياة الفنية ، فقلما تسنح له فرص الاستفادة بينما تملو قشوره السطحية ذرأة المشيب . وكيف يستطيع أن يبني لنفسه صرحاً من التجارب والمعرفة ، والاساس فاسد . ربما كان هذا

الطبيب لا تعوزه البراعة في جمع المال . فالطبيب عالم بعلم الطب أكثر منه بعلم النفس ،
والممارس عالم بعلم النفس أكثر منه بعلم الطب
وأما إهمال الدرس والمذاكرة بعد المدرسة ففرض كثير الانتشار . فان لم يكن
الجراح مدفوعاً بميله الطبيعى للاستزادة ، مسوقاً بغريزته للتبحر في فنه فقلما يجرى والزمن
في الفن . ومن الأسف أن أقول إن الجمهور ضعيف الفراسة قليل التمييز يجرى وراء من
يستهوويه ويستميله ولذلك تجد بين الذين لهم شهرة عظيمة في أعمالهم من يصح أن يقال
عنه إن من قدرة الله سبحانه وتعالى أن تكون له هذه الشهرة .

أما قلة الخبرة فليس يفيدها أن يمر على الجراح الوقت . بل لا بد من الاستفادة من
الفرص واغتنامها ولعل ذلك من الصعوبات التي يصادفها كل جراح صغير ، ففي أول
حياته وعنفوان شبابه إذ تكون قوته على أتمها ، ويده لينة مرنة تتقبل الدقة التي تتطلبها
الجراحة بأقرب ما يمكن ، ففي هذا الوقت لا تسنح له الفرص التي يفوز بها والتجارب
التي تعلمه . فانت ، لا شك ، تعلم أن الأسيرة في المستشفيات ليست إلا للرجال الذين
لا تنفعهم التجارب الا قليلاً

ولا يمكن التغلب على ذلك بالدروس العلمية ؛ لأن المواد التي تظهر في الصحائف
الدورية مصبوغة بصبغة الاعلان غالباً ، وتتضمن العيوب الداخلية لمقال سابق . وليس
فيها ما يستحق العناية الا جداول النتائج التي تنشر مستقلة غير متأثرة بالجراح الذي
أجرى العمليات

ومن العيوب فيما ينشر في الصحائف الجراحية انها تقتصر ، غالباً لا دائماً على المشاهدات
الغريبة أو المشاهدات النادرة ، أو انتصارات جراحية كما يرويها المنتصرون أنفسهم
ولكن هي النفس البشرية لا تتقبل النقد العاقل على غير ما هي الحال إذ تميل الى
الثناء المتواصل

فقولك إن الجراح الشهير . . . قد أجرى عملية استئصال عقدة كاسير انيورالجيا
العصب التوئى الثلاثى لحسين مريضاً ، ولم يمت منهم الا اثنان ، لا يصح أن يجعل

الجراح الصغير الذى لم تكن له خبرة سابقة أن يعتمد على نفسه ويثق بذاته . لأنه إن فعل فأكبر الظن أنه سيقنل المريض ، أو على الأقل لا يستطيع استئصال العقدة أو الجزء المراد استئصاله ، أو يتلف جزءاً من المخ ، أو يحدث انيورزماً داخل الجمجمة أو أى مضاعفة أخرى مما قد تصاحب هذه العملية الصعبة

الحق صعب المنال . فليس يكفي ، أيها المبتدىء ، فى الجراحة ، أن ترى الجراح الماهر الحاذق ، وهو يعمل ؛ فروؤيتك إياه ، كمعرفتك بالجراحة النظرية ، لا توصالك إلا إلى منتصف الطريق . نعم ليس يكفي أن تعرف ما يجب أن يعمل ، وكيف يعمل ، بل يجب أن تعرف ما يجب ألا يعمل ، وكيف يتق . وكثيراً ما يستفيد الإنسان من الجراح الأخرق وهو يعمل ، ولو كان فى ذلك على النفس غضاضة ، ولم أذهب بك بعيداً وفى يمين أبقرط ما معناه إن الطبيب لا يشق على الحصاة بل يرسل المريض لمن عماله الشق عليها

وسواء أتقدمت الانسانية أم لا ، وسواء أكان تقدمها لمطمح معين ولغرض خاص أم لا ، فالجراحة سائرة سيراً حثيثاً بغير تمهل أو إبطاء ، فما كان من الفن « مودة » فى العام الماضى ، هو أثرى فى هذا العام ، وقد يكون خطأً فاحشاً فى المستقبل القريب خذ لذلك مثلاً طريقة حشو الجرح العفن بالدمام ؛ ألم تكن هذه الطريقة متبعة بصفة نظامية ، منذ قليل ؟ ألم يلقنها مدرسو الجراحة للطلبة من منصة التدريس بأعلى أصواتهم ؟ اليس الآن هذه الطريقة أثرية قديمة ؛ لأن ما كان يرمى إليه الجراح من الحشو بالدمام من التصفية والالتحام من أسفل الجرح ، انما يتم الآن ، بطرق أقل وحشية ، واكمل تأثيراً . ولكنك ، مع ذلك ، قد تشاهد الآن ، من الجراحين من لا يزال يستعمل هذه الطريقة بالرغم من أنها عاتقة للتصفية لا ميسرة لها ، ومن أنها تحدث للمريض ألماً عظيماً

أليس للتعليم إذا لم يكن صحيحاً نصيب من المسؤولية فى أكثر الأغلاط التى منبعها الجهل . وفيما ذكرنا فى فصل البتر كفاية من التوضيحات . وربما كان من الصعب التغلب على العيب الأصلي . ولا حيلة للجراح للتغلب عليه الا بالتفكير والملاحظة ، وبمناقشة ما

يتلقاه من القواعد والمبادئ ، و بعدم قبوله كل ما يقال قضية مسلمة . وما أحسن ما كان يقوله الاستاذ لو كوود^(١) « لا يدخل الانسان معبد العلم الا من باب الشك » وما أقرب هذا القول إلى المأثور عن المغفور له الاستاذ الامام الشيخ محمد عبده « إن الشك أول درجات اليقين » .

ولست أرانى بحاجة الى التطويل فيما يعرض أحياناً من القشل فى عدم معرفة الأمراض النادرة أو الأمراض الحديثة . فكل واحد منا لا بد أن وقع فى تشخيص النادر من الأمراض . وقد يصطاده غيره فى غلظه ، كأن يحضر إليك ، فى عيادتك ، مريض بلغ من السن عتياً يشكو من آلام فى البطن ، وبالفحص عنه تجد ورماً قاسياً معقداً فى الحفرة الحرقفية اليمنى . فتبدى له رأيك فى مرضه قائلاً له إنه سرطان فى المعى الغليظ ، ولكونه مرتبكاً فى الأنسجة المجاورة ملتصقاً بها غير متحرك ، فالانذار غير حميد . وقد يستسلم المريض للمقادير فيترك بلده لبلد آخر ، أو يذله آخر على جراح غيرك من منافسيك . فيذهب اليه وقد ينفق أن يظهر ناصور متصل بالورم . فيرسل الجراح الجديد عينة من الافراز للفحص عنها فتأتيه النتيجة من الباثولوجى أن الافراز يحتوى على الفطر الشعاعى ، وأن المرض مرض الفطر الشعاعى . ليست هذه ضربة قاضية على شهرة الجراح الأول ، ولا سيما ذلك اذا كان المريض حاد اللسان

وقلما نستطيع الهروب من هذه الحوادث مهما حاولنا . ولا يقال حدوثها الا التيقظ لها . فعلينا أن نعالج عقولنا كما يعالج الخيال جواده وهو على ظهوره فانه يكون دائماً متيقظاً لكبح جماحه ولا هدائه الطريق

قدر لرجلك قبل الخطو موضعها فمن علا زلقا عن غرة زلجا
وقئذ لا يتكأد^(١) الجراح المرض الحديث الذى لم يوصف تماماً ويشرح
شرحاً وافياً

Mr. C. B. Lockwood. (١)

(١) يقال تكأدنى الامر وتكأدنى تكأؤدأ اذا شق على

أغلاط الجراحين (٤٢)

الاهمال

يجرى القول المأثور « قد يخطئ الطبيب عن الجهل دفعة ، لكنه يخطئ عن الاهمال عشر دفعات » ولعل اكبر أنواع الاهمال عدم استجماع الشواهد كلها . فكثيراً ما يرتكن الطبيب على تشخيص المalarيا من وجود الحمى وتاريخ الإقامة في البلاد الحارة أو الحمى والقشعريرة ، مهملًا الفحص الكلينيكي والباتولوجي الذي يتحقق به التشخيص وتخرج به الأمراض الأخرى كالتدرن مثلاً . ولعل من اكبر أسباب نكبات الجراحة وحوادثها هو النفور من التعاون بالطبيب ، والباتولوجي ، والخبير بالأشعة ، والمتوفر على أمراض الحلق والأذن ، وغير ذلك . فيجب أن يستعين الجراح بكل هؤلاء اذا ما أعياه الفحص عن المرض ولم يهتد إليه

كثيراً ما يكون عدم التعاون سبباً في بقاء الشواهد النافعة سرّاً مكتوماً على الجراح فيضيق مجال فحصه عن المريض . فتراه يفتح بطن المريض الذي يشكو من ألم حاد فيه فلا يجد سبباً للألم في عامة التجويف البريتوني ولا يبعد أن يتضح سبب الألم في المشرحة ، بعد حين ، بوجود امبايما في الصدر . وقد يحدث أن يشكو المريض من ورم في إحدى ركبتيه ، فيهمل الجراح مقابلة الركبتين معاً ، فيتخطى بذلك آفة في الركبة الأخرى . ومثل هذا الاختصار في الفحص عن المريض كثير متواتر ، يدعو إليه أحياناً عطف الطبيب أو الجراح على المريض لما يراه من الألم الذي هو فيه . ويدعو إليه أحياناً أخرى تلك السرعة التي يتعودها الجراح العيار^(١) ، لأن المريض كثيراً ما يروقه التشخيص السريع يقوله الجراح بغير تردد ولا تواضع ، وكثيراً ما يعتمد مثل هذا الجراح على ما لسرعة البت في التشخيص في التأثير في المريض وحصر ثقته فيه . والأغلب أن يوضع مثل هذا الاختصار تحت باب الاهمال

وقد يكون التردد موبقاً كأن يكون المريض قد تضعضع لعملية فيما مضى ، وكأن يريد الجراح الوقوف على المرض الذي من أجله عملت العملية ، ونوع العملية .

(١) العيار من الرجال الذي يخلى نفسه وهوها لا يروعه ولا يزرعها والمدعي بما ليس فيه

فإن رأى الجراح أن فى التأخير شيئاً من الخطر فليتكلم على الله فيما هو فاعل ، ألاّ أن تكون الحالة غير شديدة الخطورة فيحسن ارجاء عمله حتى يطلع على ما يريد الاطلاع عليه

يحكى أن صبية كانت مصابة بالتهاب فى الأذن المتوسطة ، وأجريت لها عملية ، فى أثنائها وجد أن عندها خراجاً تحت الأم الجافة ، فاستؤصل جزء من الجدار العظمى للحفرة المتوسطة فى الجمجمة لازالة العظم المثوف ولتسهيل التصفية . وبعد بضعة أسابيع رأى الصبية جراح آخر لأنها كانت تشكو من دوام . فعمد الجراح الأخير بغير أن يطلع على تفاصيل العملية السابقة ، الى تخدير المريضة ، وفتح الجرح الذى كان خلف الأذن ، ثانياً ، وبدأ يكحت الأضرار اللحمية بالسفنجة موضوعة على جفت شريانى ، وفيما هو يفعل ذلك غاصت الاسفنجة مع الجفت فجأة خلال الأم الجافة غائرة فى المخ . فهل كانت تستوجب الحالة هذه السرعة الموبقة ؟ يقيناً إنها لا تستوجب هذه السرعة ولو اطلع على تفاصيل العملية السابقة لدرأ هذا الخطر الداهم

وعلىّ فى الوقت نفسه ، أن أنبه الى ضرر طول التردد والانصراف الى جمع الشواهد والتفاصيل مما يصعب النظر فيها عامة واستخلاص رأى منها . وفى ذلك يجرى المثل الصينى الذى معناه من تردد كثيراً فى الخطو قد يبقى طول حياته على ساق واحدة . وهذا المثل منطبق على المسائل الجراحية انطباقه على سائر الأشياء

ومن أسباب عدم جمع الشواهد جمعاً تاماً عدم دقة الجراح نفسه ، أو دقة المريض أو دقة الممرضة .

ولا تعتمد الاعتماد كله على أقوال المريض ان لم تؤيد بالعلامات ، وقلمما يكون العلاج المبني على أقواله فقط مأمون العواقب . وخير مثال لذلك مريضة كانت تشكو من القيء الدموى ، فلما أدخلت المستشفى اتضح انها هى التى تحدث القيء بنفسها بادخال أصبعها فى البلعوم ، أما الدم فكان من اللثة

أما تلقى الأخبار الكاذبة من الزميل فمن أفضع العقبات . على أن بعضهم ، بالرغم من طول

خبرتهم الصناعية لا يعرفون الدقة مطابقاً . ويحكى أحد الجراحين أنه وهو فى استشارة مع أحد الأطباء قال له طبيب العائلة « ان البول مشبع بالصديد » و بالفحص عنه اتضح أنه لا يحتوى على صديد ، وان الذى فيه هو رواسب فوسفاتية حسبها الطبيب خطأ صديداً . فلما قال ذلك الجراح نظر اليه الطبيب شزراً وصاح فى وجهه قائلاً : « لم يكن عندنا وقت للفحص عن البول ، لم يكن عندنا وقت » وقوله صحيح على ما يظهر .

أغلاط الحكم

لم نخطئ فى الحكم ؟ نخطئ لسببين ، وهما قلة الخبرة وقلة المعرفة . لكن الخطأ عن هذين السببين أقل شيوعاً عنه من الأسباب الأخرى الآتية .

التعب - فالتعب من ألد أعداء الكمال . ومن تأثيره كثيراً ما تحدث منا أغلاط مضحكة بغير أن ندركها . من ذلك ما يحكى أن أحد المولدين قد دعي لاسعاف سيدة جاءها المخاض ، وكان المولد مضى من التعب والإعياء ، والوالدة فى عسر . فوضع الجفت عاليه سافله وسافله عاليه . ولا يعلم الا الله ماذا كانت النتيجة لولم يكن الرأس قريباً من الخارج . ومن ذلك ما حكاه لى أحد اصدقائى وهو انه دعى ، ذات مرة ، لصديق له وكان تعباً جداً ، فلم يستطع أن يعتذر ولم يستطع العمل . فذهب اليه أخيراً ووصف له برشانا فى كل برشانة نصف جرام من سلفات الصودا . وكان يريد أن يصف له نصف جرام من سلفات الكينين فى البرشانة .

فحكم التعب حكم لا قيمة له يجب استئنافه

التحيز - من العقبات فى طريق صواب التمييز ومن الصعب التغلب عليها . وللتحيز أسباب كثيرة كالخوف ، أو الرعب ، أو الآراء السابقة ، أو المبادئ التى نحن عليها ونعتبرها حقائق ، والعناد بالاعتراف بالخطأ ، والأمل بالمكافأة الى غير ذلك . وكل منا لا بد أن يعرف الشخص العصبي الذى من خوفه كثيراً من الاتجاه الى اليسار يتجه كثيراً الى اليمين

ومن الأنواع الخطرة للتحيز تركيز الفكر . فإذا حصر الانسان نظره في أمر واحد تبهم الميدان البصرى حوله فلا تبدوا له سائر الخواص التى تبدو لغيره اذا لم يكن عاكفاً على شىء واحد كما فى الحكاية الآتية :

يحكى أن رجلاً سقط فأنكسرت ساقه اليمنى . فأرسل الى المستشفى حيث عمل له الرد بعد التخدير . وفى اليوم التالى شكى من ألم عظيم فى البطن ، واعتراه القيء ، وكانت فى الجهة الحرقفية اليمنى من البطن مضاضة . ولسوء الحظ كان الجراح منصرفاً بكل همته الى الكسر فلم يعبأ بكل أعراض البطن . فمات المصاب من الالتهاب البريتونى على أثر التهاب الزائدة .

ولا يكون الخطأ من تركيز الفكر أو حصر النظر فى أمر واحد فى المرضى المصابين بإصابتين مختلفتين فقط ، بل قد يحدث هذا الخطأ فى المريض المصاب بمرض واحد اذا ركز الجراح فكره أو حصر نظره فى عرض واحد أو علامة من علامات المرض فانصرف إليها بكل همته غير مكترث للأعراض والعلامات الأخرى . من ذلك ما يروى عن أحد الجراحين وقد زار إحدى غرف العمليات وكانت تعمل فيها وقتئذ عملية الوصل المعدى المعوى . وكان المريض شيخاً كبيراً ، هزيلًا ، شاحب اللون ، تدل الشرايين الصدغية على أنه مصاب بصلاية فى الشرايين . ولما فتح البطن لم يجد الجراح شيئاً فى المعدة . ولقد كان ما عنده من القيء ، والمضاضة فى القسم المعدى ، وعسر الهضم من أعراض السم البولى الذى غفل عنه الجراح لانحصار فكره فى الأعراض المعدية الجبن - من الصفات الضرورية للجراح الاقدام ، والعزم ، والجراحة ، مما يسهل له إبداء رأى ووصف خطة العلاج بغير تردد . وكثيراً ما يشق على المريض وذويه قول الجراح لهم « لننتظر ونر » وهو ما يقوله لهم وقد أعوزته الجراحة على البت فى التشخيص بتأ صواباً يضمن نجاحه . فإذا جاءك مريض بألم فى البطن مما قد يكون تافهاً أو خطيراً وجب عليك أن تضع مريضك هذا بغير تردد فى وسط يسهل عليك مراقبته مراقبة جيدة ويمكنك من إجراء العملية لو دعت الضرورة إليها ، كأن ترسله الى أحد المستشفيات أو الى إحدى دور الصحة . لكن عمالك هذا يستوجب مضايقة عظيمة

وتعباً شديداً للمريض وذويه . أضف الى ذلك أن الجراح اذا أرسل المريض الى المستشفى ، ولم يتضح عنده ما يستوجب ارساله اليه فقد يضحك عليه زملاؤه في المستشفى ويسخرون منه . وهذا ما يدعو الجراح الى عدم تحمل هذه المسؤولية مضحياً بمصلحة المريض ومفضلاً طريقة الانتظار

عيوب الصنعة

من عيوب الصنعة استعمال آلات غريبة أو آلات غير مناسبة . وقد مر بك خطر استعمال منظار الاثناء السيني ، والمفتت ، وضيق الجراح المقيم الذي استعمل العازل البولي ولم يستطع اخراجه من المثانة لنسيانه ارخاء الحاجز . ومن العيوب أيضاً استعمال آلة بازلة دقيقة للاستقصاء عن الصديد في الكبد ، والامبايما ، والانسكاب الصيدي في التأمور فلا يمر الصديد فيها .

ومن العيوب أيضاً عدم رشاقة يد الجراح ودقتها وخفتها . وهذه كلها تكسب بالخبرة وان اختلف القوم استعداداً لها . وكثيراً ما يكون هدوء الجراح وسكونه وسعة مخه أنفع له من ثبات اليد ومهارتها

ومن العيوب السرعة في العمليات سرعة تعرض للخطر والمضاعفات ، وعدم القدرة على مواجهة ما يطرأ من الحوادث في أثناء العملية وعدم القدرة على اجراء العمليات مع احترام الأنسجة التشريحية

﴿ انتهى ﴾